

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4671/2009

ATAS/440/2011

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

**Arrêt du 13 avril 2011**

En la cause

Madame V \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame V\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), d'origine portugaise, née en 1962, est arrivée en Suisse en 1977. Depuis 1994, elle travaillait en qualité de nettoyeuse auprès de l'entreprise X\_\_\_\_\_ SA.
2. Le 3 août 1996, alors qu'elle se rendait en vacances au Portugal, l'assurée a été victime d'un accident de voiture sur une autoroute en Espagne. Le diagnostic de coup du lapin a été posé et une fracture du corps de la sixième vertèbre cervicale a été soupçonnée. Elle n'a présenté aucune perte de connaissance lors de l'accident mais diverses contusions au cou. Des nausées et des céphalées sont apparues par la suite. Un hématome périorbitaire et une bosse frontale ont également été constatés. L'assurée a été immobilisée pendant 38 jours.
3. Depuis lors, l'assurée est en incapacité de travail totale ou partielle.
4. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).
5. Une IRM de la colonne cervicale, effectuée le 24 septembre 1996 à Genève, n'a pas mis en évidence de fracture ni d'hernie discale. Toutefois, une simple rectitude et un décentrage très discret de l'odontoïde vers la gauche ont été relevés. Enfin, le radiologue s'est posé la question d'une discopathie débutante ou d'une ébauche d'une spondylodèse congénitale au niveau de l'étage C7-D1.
6. Selon le rapport initial LAA, établi le 24 octobre 1996 par le Dr A\_\_\_\_\_, médecin répondant auprès de la PERMANENCE VERMONT GRAND-PRE, les diagnostics suivants avaient été posés : status post-accident de la circulation, lésion de la colonne cervicale, douleur et hématome des deux côtés, status post stress post-traumatique.
7. Dans un rapport du 26 novembre 1996, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué avoir mis en évidence des signes lésionnels neurogènes de distribution radiculaire C6 bilatéraux et un syndrome canalaire carpien bilatéral prédominant à droite.
8. Du 29 janvier au 26 février 1997, l'assurée a été hospitalisée à la Clinique de réhabilitation de Bellikon. Selon le rapport de sortie du 21 mars 1997, les diagnostics posés étaient les suivants : symptômes de surcharge du rachis cervical, avec légère composante irritative, myosites (partie supérieure du trapèze à droite, sterno-cléido-mastoïdien droit), ténopériostoses (interspinales), vertiges d'origine cervicale après céphalées principalement d'origine cervicale, sans déficits neurologiques, dans un contexte d'état consécutif à une entorse du rachis cervical et

à des contusions crâniennes le 3 août 1996 et d'hypercyphose de la partie supérieure du rachis dorsal. Les médecins ont également diagnostiqué de légers symptômes de surcharge du rachis lombaire, avec des myosites paravertébrales à gauche et des tendinites à la charnière lombo-sacrée, dans un contexte d'attitude vicieuse du rachis (dos plat au niveau du rachis dorsal et hyperlordose lombaire). A cela s'ajoutaient encore une sinusite maxillaire, une catarrhe tubaire de l'oreille moyenne et des troubles de l'humeur de nature dépressive. Les médecins estimaient que l'assurée était capable de reprendre sa précédente activité à 25% dès le 3 mars 1997 et à 50% dès le 1<sup>er</sup> avril 1997.

9. Le 5 juillet 1997, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport détaillé concernant l'assurée. Préalablement, il a précisé que sa patiente n'avait suivi que quatre séances, ayant par la suite interrompu le traitement psychiatrique sans prévenir ou donner d'explication. Il a toutefois été en mesure de préciser que l'assurée présentait, suite à l'accident du 3 août 1996, un état de stress post-traumatique alors en voie de résolution progressive. A cela s'ajoutait un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive. Le traitement entrepris consistait en la prise d'un antidépresseur, le Surmontil, associé à de la psychothérapie d'élaboration du traumatisme de l'accident et de sa meilleure intégration psychique. En date du 29 octobre 1996, il avait constaté une nette diminution des cauchemars, moins de nervosité mais toutefois une plus grande fatigue, vraisemblablement à cause du Surmontil.
10. En septembre 1997, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DE LA REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison des atteintes suivantes : maux de tête, vertiges, bras qui s'endormaient et insensibles, discopathie débutante, etc.
11. Selon un rapport du 10 février 1998, établi par le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie médicale, l'assurée présentait une raideur cervicale avec effacement de la lordose physiologique. Il n'avait relevé aucun signe en faveur d'une discopathie cervicale et la structure osseuse était normale. Il avait toutefois constaté une forte diminution de la flexion et de l'extension avec des décalages postérieurs de C3 par rapport à C4 et de C4 par rapport à C5, en extension. Quant à l'apophyse odontoïde et à la charnière C1-C2, elles ne présentaient pas de modification pathologiques à l'exception d'une discrète arthrose des masses latérales à droite. Enfin, les apophyses transverses de C7 étaient modérément longues des deux côtés (ddc) sans qu'il ne soit possible d'affirmer la présence d'une cote cervicale.
12. Le 10 février 1998 également, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à un examen de l'assurée. Selon

son appréciation du cas, l'assurée présentait un status à 1,5 ans d'un accident de la circulation, pas de pertes de connaissance ni de lésion osseuse objective. Il relevait une persistance des cervicalgies quasi-continue, des vertiges, céphalées, perte de mémoire et de la force concentration. Il constatait également une polypragmasie, l'existence d'autres troubles sans relation avec l'accident (lombalgies et gonalgies bilatérales), la discordance entre les troubles allégués et les constatations cliniques faites sur le plan de l'appareil locomoteur. L'état était stationnaire depuis bientôt un an. Il relevait également des troubles de la vue, d'apparition récente.

13. Le 20 septembre 2000, l'assurée a également été soumise à un examen neuropsychologique, qui a mis en évidence un défaut du mot à la dénomination, de discrètes difficultés à certaines épreuves exécutives (Luria, Stroop) et des performances déficitaires en double tâche.
14. Le 13 octobre 2000, un CT-Scan orbitaire, sans particularité des deux côtés, a été réalisé.
15. Une IRM cérébrale, effectuée le 19 octobre 2000, a mis en évidence une petite lésion du pôle antérieur temporal, avec attraction de la corne temporale en regard, pouvant correspondre à une séquelle post-traumatique compte tenu de sa localisation.
16. Le 24 novembre 2000, le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a établi un rapport à l'attention de la SUVA, dans lequel il a posé les diagnostics suivants : cervicalgie post-traumatique suite à une entorse cervicale, discrète anomalie de Kimmerlé congénitale, spondylarthrose modérée à prédominance C7-D1, encéphalopathie post-traumatique minime à modérée, syndrome de stress post-traumatique non entièrement résolu, irritation radiculaire C6 bilatérale, scotome du champ visuel de l'œil droit sans conséquence fonctionnelle. La capacité de travail de l'assurée était alors de 50% et le Dr F \_\_\_\_\_ ne croyait pas qu'une capacité plus grande puisse être demandée à cette patiente très volontaire.
17. Par décision du 22 mars 2001, la SUVA a mis l'assurée au bénéfice d'une rente, fondée sur une invalidité de 50% compte tenu des investigations tant médicales qu'économiques.
18. Dans ses rapports à l'attention de l'OAI du 12 avril 2001, le Dr C \_\_\_\_\_ a rappelé le diagnostic d'état de stress post-traumatique partiellement résolu (F43.1). A celui-ci s'ajoutaient encore un état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), une boulimie atypique (F50.3) et de multiples problèmes somatiques. Il a également précisé que l'état de l'assurée était stationnaire et qu'elle était incapable de travailler à 50% pour des motifs psychiques.
19. Selon une note interne du 18 mai 2001 du Dr G \_\_\_\_\_, généraliste FMH, médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'ASSURANCE-

---

INVALIDITE (ci-après : SMR), la décision de la SUVA s'appuyait sur une appréciation globale de l'état de santé de l'assurée de sorte qu'il convenait de retenir un taux d'invalidité de 50%.

20. Par projet du 23 mai 2001, l'OAI a informé l'assurée de son intention de la mettre au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité avec effet rétroactif au 3 août 1997. L'assurée disposait d'un délai de 30 jours pour faire valoir ses observations.
21. Un scanner de la colonne lombaire, effectué le 1<sup>er</sup> juin 2001, a mis en évidence une discarthrose étagée en L3-L4 et L4-L5, avec une protrusion discale également étagée (L3-L4, L4-L5 et L5-S1), se développant sur un canal lombaire limite, voire relativement étroit à hauteur des vertèbres L4 et L5. Une hypertrophie ligamentaire jaune, plus importante à gauche qu'à droite, était également notée.  
  
A noter que ce rapport de scanner ne figure pas au dossier transmis par l'OAI.
22. En l'absence de contestation dans le délai imparti, la décision confirmant le projet du 23 mai 2001 a été notifiée à l'assurée le 12 octobre 2001.
23. Les montants des rentes octroyés par décision du 12 octobre 2001 ont été modifiés le 8 juin 2004 suite au droit de l'époux de l'assurée à une rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 1997 au 30 septembre 1999.
24. En mars 2006, l'OAI a entamé une procédure de révision de la rente. A cet effet, il a adressé à l'assurée un questionnaire qu'elle devait retourner dans un délai de 10 jours.
25. Des rappels ont été envoyés à l'assurée en date des 10 avril et 26 mai 2006.
26. Par courrier non daté, reçu par l'OAI le 30 juin 2006, l'assurée a précisé que son médecin traitant était en vacances et qu'elle remplirait le formulaire avec son aide dès son retour. Elle indiquait également ne plus travailler.
27. Le 3 juillet 2006, l'assurée a transmis à l'OAI le formulaire dûment rempli. Elle y précisait que son état de santé était stationnaire et qu'elle était sous contrôle médical auprès du Dr H\_\_\_\_\_, la dernière consultation ayant eu lieu le jour même.
28. Le 6 juillet 2006, l'OAI a adressé un rapport initial au Dr H\_\_\_\_\_. Des rappels lui ont été envoyés en date des 25 août, 18 septembre et 6 décembre 2006.
29. Etant sans réponse du Dr H\_\_\_\_\_ malgré les différents rappels, l'OAI a demandé à l'assurée, par courrier du 12 janvier 2007, si elle consultait un autre médecin et, dans l'affirmative, les coordonnées de celui-ci.

30. Le courrier précité a été suivi de plusieurs rappels, en date des 9 février, 14 mars et 10 avril 2007, également restés sans réponse. Le 15 mai 2007, l'OAI a adressé, par pli recommandé, une sommation à l'assurée. Ce pli lui a été retourné avec la mention « non réclamé ».
31. Le 13 juin 2007, l'assurée a informé l'OAI que les Drs I\_\_\_\_\_, généraliste, et J\_\_\_\_\_, psychiatre, la suivaient lorsqu'elle se trouvait au Portugal. A Genève, elle consultait toujours le Dr H\_\_\_\_\_. En 2006, elle avait souvent séjourné au Portugal et avait donc consulté ses médecins là-bas.
32. Par courrier du 3 septembre 2007, le Dr H\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assurée était retournée au Portugal et qu'elle n'était pas revenue se faire soigner depuis juin 2005. Selon ses informations, elle avait informé l'OAI de son départ et donné les coordonnées de ses médecins au Portugal.
33. Par courrier du 31 octobre, suivi de rappels en date des 30 novembre 2007, 8 et 29 janvier 2008, l'OAI a demandé à l'assurée les coordonnées du médecin traitant, qui la suivait pour son atteinte à la santé, susceptible d'établir un rapport. Ces courrier et rappels étant restés sans réponse, une sommation avec menace de suspension du versement de la rente, a été adressée à l'assurée en date du 26 février 2008.
34. Le 25 mars 2008, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle allait retourner au Portugal pour être opérée à la « corde vocale gauche » et qu'elle irait consulter le Dr H\_\_\_\_\_ dès son retour en Suisse.
35. Par courrier du 2 avril 2008, l'OAI a informé l'assurée qu'il ne pouvait prendre en considération les rapports de son médecin au Portugal. Elle était également priée de lui transmettre la date du rendez-vous avec le Dr H\_\_\_\_\_ dans un ultime délai fixé au 30 avril 2008. Ce courrier étant resté sans réponse, l'OAI a adressé une sommation à l'assurée en date du 30 avril 2008.
36. Le 7 juillet 2008, l'OAI a demandé à la Caisse de compensation FER-CIAM de suspendre le versement des rentes. En effet, l'assurée, qui n'avait indiqué aucun changement d'adresse, ne donnait pas suite aux courriers qui lui avaient été adressés.
37. Par courrier du 14 juillet 2008, la Caisse de compensation a informé l'assurée qu'elle suspendait le versement des rentes, l'invitant à prendre contact dans les meilleurs délais avec la gestionnaire en charge de son dossier auprès de l'OAI.
38. Le 4 août 2008, l'assurée a informé l'OAI qu'elle se trouvait encore au Portugal suite à l'opération des cordes vocales le 29 mai 2008. Dès que possible, elle allait revenir à Genève et consulter un médecin afin de fournir les documents demandés.

39. Le 22 octobre 2008, elle a transmis à l'OAI une série de documents médicaux établis en portugais.
40. Par courrier du 28 octobre 2008, l'assurée a informé l'OAI, sous la plume de son Conseil, qu'elle n'avait pas reçu les courriers que cet office lui avait auparavant adressés. Par ailleurs, elle ne comprenait pas pourquoi elle devait produire des documents établis par un médecin suisse.

En annexe à ce courrier figurait une lettre adressée à la Caisse de compensation FER-CIAM, datée du même jour, par laquelle elle s'opposait à la suspension du versement des rentes, dès lors qu'aucune décision n'avait été rendue.

41. Par courrier du 10 novembre 2008, l'OAI a demandé à la Caisse de compensation FER-CIAM de reprendre le versement de la rente d'invalidité, l'assurée s'étant manifestée et ayant activement collaboré à l'instruction de la révision de la rente.
42. Mandaté par l'OAI, le Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a examiné l'assurée le 29 janvier 2009. Dans son rapport du 9 mars 2009, ce praticien a examiné certains documents médicaux établis en portugais transmis par l'assurée. A teneur du rapport de radiographie de la colonne cervicale et lombaire, de face et profil, effectuée le 27 octobre 2006 au Portugal, une méga apophyse transverse de C7, ainsi qu'une uncodiscarthrose de C3 à C6 et une discrète ostéochondrose lombaire avaient été constatées. En outre, les radiographies de la colonne lombaire et des genoux, effectuées le 19 janvier 2007 au Portugal, avaient mis en évidence une spondylose lombaire et une discrète arthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale, des deux côtés. Enfin, selon une échographie des deux genoux, réalisée le 15 janvier 2009, la présence d'un minime épanchement bilatéral et un petit kyste de Baker à gauche avaient été relevés.

Quant aux plaintes de l'assurée, elles étaient les suivantes : douleurs au niveau du rachis cervical, avec raideur et irradiation dans les deux bras et endormissements de ces derniers. Les douleurs augmentaient lorsqu'elle devait porter et soulever des objets. Elle souffrait également de vertiges et de vomissements fréquents. L'assurée faisait en outre état de dorsalgies gauches, de gonalgies et de blocages lombaires tous les deux mois.

A titre de diagnostics, l'expert a retenu des cervicalgies chroniques suite à une entorse cervicale en 1996 (accident de la circulation), des lombalgies sur troubles de la posture et obésité, une obésité, une hypertension artérielle (HTA), de l'asthme, un status après cure d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral et des gonalgies sur une gonarthrose débutante.

S'agissant de la capacité de travail, le Dr K\_\_\_\_\_ a considéré que l'assurée était capable de travailler à 100% dans toutes les activités, sans limitations fonctionnelles et sans diminution de rendement.

43. A la demande de l'OAI, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assurée en date du 24 août 2009. Dans son rapport du 29 août 2009, ce praticien a retenu un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00), présent depuis 1996, sans influence sur la capacité de travail. Il a notamment considéré que les éléments-clés de la dépression, susceptible d'agir sur la capacité de travail, étaient insuffisamment prononcés pour être à l'origine d'une incapacité de travail, même partielle. Cela étant, l'équilibre de l'assurée restait précaire. N'étant pas en mesure de déterminer le moment de cette amélioration dès lors qu'il ne disposait d'aucun document psychiatrique se rapportant à la période depuis 2001, ce médecin a indiqué que la seule constatation qui pouvait être faite était qu'au moment de l'examen, l'aptitude au travail sur le plan psychiatrique était entière.

Quant aux critères de l'état de stress post-traumatique, ils n'étaient que partiellement voire pas du tout vérifiés, de sorte que ce diagnostic ne pouvait plus être retenu. Il en allait de même des diagnostics de boulimie et de boulimie atypique.

44. Par courrier du 25 septembre 2009, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision, à teneur duquel la rente allait être supprimée à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, l'état de santé de l'assurée, tant sur le plan physique que psychique, s'étant amélioré depuis la décision d'octroi.

45. L'assurée ne s'est pas prononcée sur le projet précité de sorte que l'OAI a rendu une décision en date du 20 novembre 2009, supprimant la rente à compter du premier jour du deuxième mois suivant sa notification.

46. Par pli recommandé du 23 décembre 2009, complété le 16 mars 2010, l'assurée, représentée par Me Maurizio LOCCIOLA, a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) alors compétent, concluant, sous suite de dépens, à la réalisation d'une expertise psychiatrique et neuropsychiatrique, à l'annulation de la décision querellée et la constatation de son droit à une demi-rente d'invalidité. A l'appui de ses conclusions, elle a notamment contesté une amélioration de son état de santé ainsi que la valeur probante des expertises réalisées sur mandat de l'OAI.

En annexe à son recours, figuraient notamment les documents suivants :

- Un courrier en portugais de la Dresse J\_\_\_\_\_, psychiatre, du 23 février 2010, et sa traduction libre en français, à teneur duquel l'assurée était sous traitement psychiatrique depuis le 8 février 2007 en raison d'un stress post-traumatique, d'une anxiété et d'une dépression.

- Un rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_, du 2 mars 2010, en portugais et non traduit en français.
47. Dans sa réponse du 15 avril 2010, auquel était joint un avis du SMR, l'OAI a conclu à la confirmation de la décision querellée, les rapports des médecins traitants de la recourante ne permettant pas de mettre en doute les deux rapports d'expertise, bien documentés et probants.
48. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 7 juillet 2010. Entendue à cette occasion, la recourante a indiqué qu'elle souffrait toujours de cervicalgies et qu'elle avait fait un scanner au Portugal, qu'elle ne pouvait plus lever les bras et qu'elle s'était déjà fait opérer du tunnel carpien aux deux mains.
49. Par courrier du 6 août 2010, le Conseil de la recourante a informé le TCAS que son mandat et l'élection de domicile en son Etude étaient révoqués.
50. Le 3 septembre 2010, le précédent Conseil de la recourante a transmis, pour le compte de cette dernière, les documents suivants :
- Une déclaration médicale du Dr N\_\_\_\_\_, généraliste assistant, rédigée en portugais et sa traduction en français, du 27 juillet 2010, dont il ressort que les diagnostics suivants ont été posés : trouble de stress post-traumatique, troubles dépressifs dont une anxiété très prononcée, pathologie chronique dégénérative au niveau ostéoarticulaire à savoir une spondylodiscarthrose cervicale et lombaire, avec altération discale et une gonarthrose, de l'asthme, une rhinite allergique et une sinusopathie chronique ainsi qu'un nodule thyroïdien ;
  - Le rapport d'électromyogramme du 28 juillet 2010 en portugais et sa traduction en français, dans lequel un syndrome du canal carpien bilatéral modéré était constaté.
  - Le rapport de scanner de la colonne cervicale et de la colonne lombaire du 11 mars 2010, selon lequel des discrètes lésions discarthrosiques en C3-C4, C4-C5 et C6-C7, des lésions discarthrosiques L5-S1, des altérations dégénératives disco-vertébrales L3-L4 et L4-L5 ainsi que de discrètes altérations disco-vertébrales L3-L4 avec ostéophythose marginale antérolatérale avaient été relevées.
51. Le 12 octobre 2010, la recourante a encore transmis un rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_, du 12 octobre 2010, rédigé en portugais. La traduction française a été reçue par le TCAS le 15 octobre 2010. Selon ce document, la recourante était suivie au service de psychiatrie depuis le 8 février 2007 en raison de troubles de stress post-traumatique (F43.1 CIM-19), suite à l'accident de la route de 1996. Outre les troubles physiques, notamment au niveau de la colonne vertébrale, la recourante se plaignait également d'anxiété, d'angoisse, de crises de panique, de pleurs,

d'insomnie, de cauchemars, d'un comportement d'évitement, d'humeur dépressive, « d'émoussement des émotions », d'anhédonie et, parfois, d'idéation suicidaire. Cette situation évoluait vers une atteinte chronique et tendait à une transformation persistante de la personnalité (F62.0, CIM-10).

52. Par courrier du 4 novembre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions. En annexe figurait un avis du SMR du 21 septembre 2010, selon lequel les pièces produites par la recourante n'apportaient aucun élément médical nouveau concernant la période précédant la décision de suppression de la rente.
53. De son côté, la recourante a contesté la position de l'intimé par courrier non daté reçu le 23 novembre 2010.
54. Le 9 décembre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Ce courrier a été transmis à la recourante et la cause gardée à juger.

### **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<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Cour de justice, Chambre des assurances sociales, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de l'OAI de réviser sa décision du 12 octobre 2001, par laquelle la recourante a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité. Il s'agit donc de comparer la situation présidant en octobre 2001, à savoir au moment de l'octroi de la demi-rente d'invalidité, et celle existant en novembre 2009, lors de la suppression de ladite rente.
4. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain,

elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

b) Selon l'art. 17 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.

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). Ainsi, pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Il convient encore d'ajouter qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). Cela est également valable pour une décision faisant suite à une révision d'office du droit à la rente, qui constate que le droit aux prestations ne s'est pas modifié.

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 (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). 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 publié du

---

13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 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 décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

c) Aux termes de l'art. 88<sup>bis</sup> 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).

5. 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 libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) 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 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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).

d) En ce qui concerne la preuve, 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

6. En l'espèce, il convient principalement de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est amélioré entre la décision du 12 octobre 2001 et la décision querellée du 20 novembre 2009.

a) Lors de la décision d'octroi, le 12 octobre 2001, les atteintes suivantes avaient été constatées :

- En 1996, des signes lésionnels neurogènes de distribution radiculaire C6 bilatéraux et un syndrome canalaire carpien bilatéral prédominant à droite avaient été diagnostiqués (voir rapport du 26 novembre 1996 du Dr B\_\_\_\_\_).
- En 1997, les médecins avaient relevé les atteintes suivantes :
  - Sur le plan physique (voir rapport du 21 mars 1997 de la Clinique de réhabilitation de Bellikon) : symptômes de surcharge du rachis cervical, avec légère composante irritative, myosites (partie supérieure du trapèze à droite, sterno-cléido-mastoïdien droit), ténéperiostoses (interspinales), vertiges d'origine cervicale après céphalées principalement d'origine cervicale sans déficits neurologiques notamment dans un contexte d'hypercyphose de la partie supérieure du rachis dorsal ; légers symptômes de surcharge du rachis lombaire, avec des myosites paravertébrales à gauche et des tendinites à la charnière lombo-sacrée, dans un contexte d'attitude vicieuse du rachis (dos plat au niveau du rachis dorsal et hyperlordose lombaire) ; sinusite maxillaire, catarrhe tubaire de l'oreille moyenne.
  - Sur le plan psychique (voir rapport du 5 juillet 1997 du Dr C\_\_\_\_\_ ) : état de stress post-traumatique alors en voie de résolution progressive et trouble de l'adaptation avec humeur dépressive.
- En 1998, sur le plan physique, les diagnostics suivants ressortaient des divers rapports médicaux : raideur cervicale avec effacement de la lordose physiologique ; forte diminution de la flexion et de l'extension avec des décalages postérieurs de C3 par rapport à C4 et de C4 par rapport à C5, en extension, discrète arthrose des masses latérales à droite de l'apophyse odontoïde et à la charnière C1-C2 (rapport du 10 février 1998 du Dr D\_\_\_\_\_ ), cervicalgies quasi-continue, vertiges, céphalées, perte de mémoire et de la force concentration, polypragmasie, lombalgies et gonalgies bilatérales (rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 10 février 1998).
- En 2000, les médecins avaient mentionné les atteintes suivantes :
  - Sur le plan neuropsychologique, défaut du mot à la dénomination, discrètes difficultés à certaines épreuves exécutives (Luria, Stroop) et performances déficitaires en double tâche (rapport du 20 septembre 2000 du ).
  - Sur le plan physique : petite lésion du pôle antérieur temporal, avec attraction de la corne temporale en regard (rapport d'IRM cérébrale du 19 octobre 2000) ; cervicalgie post-traumatique suite à une entorse cervicale, discrète anomalie de Kimmerlé congénitale, spondylarthrose modérée à

prédominance C7-D1, encéphalopathie post-traumatique minime à modérée, syndrome de stress post-traumatique non entièrement résolu, irritation radiculaire C6 bilatérale, scotome du champ visuel de l'œil droit sans conséquence fonctionnelle (rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 24 novembre 2000).

- En 2001, les atteintes suivantes avaient encore été relevées :
  - Sur le plan psychique (rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 12 avril 2001) : état de stress post-traumatique partiellement résolu (F43.1), état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), boulimie atypique (F50.3) et multiples problèmes somatiques.
  - Sur le plan physique (voir rapport du scanner de la colonne lombaire, du 1<sup>er</sup> juin 2001) : discarthrose étagée, avec une protrusion discale également étagée, se développant sur un canal lombaire limite, voire relativement étroit, à hauteur des vertèbres L4 et L5, hypertrophie ligamentaire jaune, plus importante à gauche qu'à droite, était également notée.

En résumé, lors de la décision d'octroi de la demi-rente, en octobre 2001, la recourante souffrait principalement de cervicalgies, d'une spondylarthrose en C7-D1, d'une encéphalopathie post-traumatique minime à modérée, d'une irritation radiculaire C6 bilatérale, d'une discarthrose étagée (L3-L4 et L4-L5), avec une protrusion discale également étagée (L3-L4, L4-L5 et L5-S1), d'une hypertrophie ligamentaire jaune, d'un syndrome de stress post-traumatique non entièrement résolu, d'un état dépressif moyen avec syndrome somatique et d'une boulimie atypique.

b) Dans le cadre de la procédure de révision, débutée en mars 2006, les diagnostics posés dans les expertises des Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ des 9 mars 2009 et 26 août 2009 étaient les suivants :

- Sur le plan rhumatologique (voir rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 9 mars 2009) : cervicalgies chroniques suite à une entorse cervicale en 1996 (accident de la circulation), lombalgies sur troubles de la posture et obésité, obésité, une hypertension artérielle (HTA), asthme, status après cure d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral, gonalgies sur une gonarthrose débutante.
- Sur le plan psychique (voir rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 26 août 2009) : épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00), présent depuis 1996.

Il s'agit donc de déterminer si ces expertises sont suffisamment crédibles pour que leurs conclusions puissent être suivies sans que la Cour de céans n'ait de doute sur la solution adoptée.

ba) S'il répond certes à plusieurs réquisits jurisprudentiels, le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 9 mars 2009 est toutefois incomplet, voire contradictoire :

- Alors même qu'il commente le rapport de radiographie du 27 octobre 2006 de la colonne cervicale et lombaire de face et profil, qui relève la présence d'une uncodiscarthrose de C3 à C6 et d'une discrète ostéochondrose lombaire, l'expert n'en fait pas état dans les diagnostics qu'il a posés. De même, les radiographies de la colonne lombaire et des genoux, effectuée le 19 janvier 2007, font état d'une spondylose lombaire et d'une discrète arthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale, des deux côtés. A nouveau, l'expert n'en fait pas état dans ses diagnostics. Tout au plus mentionne-t-il des lombalgies sur trouble de la posture et des gonalgies sur gonarthrose débutante.
- Par ailleurs, l'expert s'est contenté d'un rapport de radiographie concernant la colonne cervicale, établi en 2006 et n'a pas estimé nécessaire d'effectuer des investigations complémentaires alors même que la recourante se plaignait de douleurs au niveau du rachis cervical. Or, les examens, notamment sous forme de radiographies, des zones présentant des problèmes doivent être refaits lorsque les images en possession de l'expert datent de plus de six mois (voir les Lignes directrices de la Société suisse de rhumatologie pour l'expertise médicale des maladies rhumatismales et des séquelles rhumatismales d'accident, ch. 3.4 in Bulletin des médecins suisses 88/2007, p. 736 et ss).
- L'expert fait état de vertiges, sur lesquels il ne peut se prononcer. De même, il mentionne des vomissements fréquents, dont l'origine n'est pas déterminée.
- Les diagnostics posés par l'expert font état d'un status après cure d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral. Or, dans son avis rhumatologique, l'expert mentionne des douleurs évoquant une récurrence du syndrome du tunnel carpien, ce qui ne ressort pourtant pas des diagnostics retenus, qui laissent supposer que cette problématique n'était plus d'actualité.
- Par ailleurs, la Cour de céans peine à comprendre pour quelles raisons le Dr K\_\_\_\_\_ n'a pas retenu de limitations fonctionnelles alors que des atteintes au rachis cervical et lombaire ainsi qu'aux genoux ont été constatées.

Au vu des considérations qui précèdent, la Cour de Céans ne peut suivre les conclusions de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ sans avoir de doutes.

Quant à l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, elle répond aux réquisits jurisprudentiels. En effet, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude fouillée, l'expert a pris en considération les plaintes exprimées par le patient. Le rapport a été établi en se basant sur une anamnèse complète et les conclusions de l'expert sont bien motivées. Il a notamment clairement expliqué les raisons pour lesquelles les diagnostics retenus en 2001 n'étaient plus d'actualité en 2009, tout en précisant que

l'état de santé de la recourante était précaire. Aussi cette expertise présente-t-elle une pleine valeur probante.

Les rapports médicaux transmis par la recourante ne sauraient par ailleurs remettre en question la valeur probante de l'expertise du 26 août 2009, dès lors qu'ils n'expliquent pas les raisons pour lesquelles les atteintes constatées en 2001 seraient toujours présentes en 2009.

bb) Par ailleurs, les investigations médicales effectuées par l'OAI ne sont pas complètes. En effet, il aurait fallu inclure l'aspect neurologique, la recourante faisant état de vertiges et de vomissements, ainsi que d'endormissement de ses deux bras, atteintes sur lesquelles le Dr K\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé. Or, ces aspects n'ont tout simplement pas été investigués.

c) Ainsi, force est de constater que si l'état de la recourante s'est amélioré sur le plan psychique, la Cour de céans n'est pas en mesure de déterminer si tel est également le cas sur le plan physique, l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ ne répondant pas aux critères jurisprudentiels en matière de valeur probante et l'aspect neurologique n'ayant pas été investigué. Au contraire, il apparaît que les cervicalgies, lombalgies et gonalgies, déjà diagnostiquées en 2001, étaient toujours présentes en 2009 et que le syndrome du tunnel carpien, qui semblait s'être amélioré, avait toutefois récidivé.

Or, comme cela a été relevé ci-dessus (consid. 4b), pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision initiale ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée.

Par conséquent, dès lors que les rapports en mains de l'OAI en 2001 faisaient état d'une capacité de travail de 50% sans distinguer l'incapacité attribuable aux aspects somatiques de celle due aux aspects psychiques, il ne peut à l'évidence pas être considéré que l'incapacité de gain de 50% retenue en 2001 était uniquement due aux atteintes psychiques, ce dont le SMR était conscient comme cela ressort de sa note interne du 18 mai 2001 dans laquelle le Dr G\_\_\_\_\_ faisait état d'une appréciation globale de l'état de santé. Ainsi, tant que l'aspect somatique n'aura pas été instruit à satisfaction de droit, l'influence de l'état de santé de la recourante sur la capacité de gain au jour de la décision attaquée, soit en novembre 2009, ne peut être déterminée de manière suffisamment vraisemblable et la situation ne peut par conséquent être comparée à celle existant en octobre 2001.

Partant, la Cour de céans considère qu'aucune modification de la situation de la recourante ayant concrètement des effets sur sa capacité de gain n'a été rendue vraisemblable de sorte qu'aucun motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est donné.

7. Reste encore à examiner si la décision du 12 octobre 2001 pouvait faire l'objet d'une reconsidération.

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, 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 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 remplies (arrêts 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

Dans le cas d'espèce, si la recourante n'a certes fait l'objet d'aucun examen approfondi lors de l'octroi de la rente, cela ne suffit pas encore à faire apparaître la décision du 12 octobre 2001 comme certainement erronée. Si une telle instruction apparaît judiciaire a posteriori, il n'en demeure pas moins que l'autorité compétente disposait des rapports de plusieurs médecins, dont le médecin d'arrondissement de la SUVA, de sorte que l'instruction du cas sur le plan médical n'apparaît pas si lacunaire que l'on doive admettre rétroactivement que, sans expertise, l'administration n'était pas en mesure de se prononcer sur le droit de la recourante à une rente. Il n'existe ainsi aucun motif permettant de reconsidérer la décision initiale.

8. Compte tenu des considérations qui précèdent, le recours du 23 décembre 2009, complété le 16 mars 2010, sera admis et la décision querellée annulée.
9. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 1'000 fr. sera mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, la recourante

représentée par un avocat jusqu'au 6 août 2009, obtenant gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours du 23 décembre 2009, complété le 16 mars 2010, recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 20 novembre 2009.
3. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé.
4. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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