

## **GE\_GERICHTE A/2518/2011 vom 29. Mai 2012**

GE Cour de justice, 2012-05-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2518\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2518_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/2518/2011 du 29 mai 2012

IT: GE\_GERICHTE A/2518/2011 del 29 maggio 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

ème Chambre En la cause Madame M \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Luc MARSANO recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Par décision du 23 juin 2005, l'Office de l'assurance-invalidité (OAI) a mis Madame M \_\_\_\_\_, née en 1969 et employée de pressing/femme de ménage, au bénéfice d'une demi-rente AI à partir du 1 er décembre 2004. A la suite de la demande d'augmentation de rente, l'OAI a rendu, le 23 juillet 2007, une décision de refus de toute prestation à celle-ci. Il avait été constaté dans l'expertise bi-disciplinaire (rhumatologique/psychiatrique) du 3 mai 2007 que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte à la santé influant sur sa capacité de travail. La décision de 2005 était ainsi erronée et tout droit à une prestation devait être nié. Le recours contre cette décision a été déclaré irrecevable pour cause de tardiveté. Par demande du 30 septembre 2009, l'intéressée a déposé une nouvelle demande de rente, en raison de douleurs à la colonne cervicale et à l'épaule gauche, de tachycardies, d'acide urique, d'une hypertension, de dépression, d'une opération gynécologique et à la vésicule biliaire et d'une hospitalisation en 2009. Son psychiatre, le Dr A \_\_\_\_\_, a indiqué que l'état de santé de la patiente s'était aggravé. Elle avait subi une intervention gynécologique en mai 2009 et une intervention cardiologique était prévue en novembre 2009. La dépression s'était aggravée. La Dresse B \_\_\_\_\_, rhumatologue, a conclu en janvier 2008 à une fibromyalgie. L'examen qu'elle avait pratiqué ne parlait pas en faveur d'un problème discal important. L'IRM pratiqué le 9 novembre 2009 a mis en exergue une discopathie L5-S1 avec hernie discale protrusive postéro-médiane occupant un tiers du canal lombaire et rétrécissement foraminaux droit en rapport avec une arthrose postérieure débutante. Au vu des nouveaux éléments médicaux, l'OAI a rouvert l'instruction médicale et soumis l'assurée à une expertise rhumatologique et psychiatrique. Au terme du rapport du 21 décembre 2010 reprenant en détail l'anamnèse, le dossier médical, y compris le dossier radiologique, et un examen clinique, les experts ont conclu à l'absence de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. L'expertisée présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant, de degré léger à moyen chez une personnalité à traits dépendants, un épisode dépressif moyen, une obésité morbide, de l'hypertension artérielle, un status après tachycardie paraventriculaire traité avec succès en novembre 2009, un status après cholécystectomie, des céphalées à caractère mixte (tensionnel et migraineux). Les experts ont souligné qu'il existait une discordance entre un syndrome douloureux floride prédominant à l'hémicorps gauche et l'absence d'anomalie somatique pouvant apporter une explication. Il y avait une divergence d'appréciation entre la généraliste et le psychiatre traitants et les experts de 2007. La discrète discopathie C5-C6 et les discopathies L4-L5 et L5-S1 ne montraient pas de conflit radiculaire et ne présentaient pas de signes cliniques. Le syndrome douloureux

chronique était mal expliqué pas les anomalies somatiques bénignes. Depuis 2007, celles-ci avaient objectivement évolué favorablement. Le trouble douloureux ne pouvait être considéré en lui-même comme incapacitant en l'absence d'une gravité suffisante et de co-morbidité psychiatrique importante. L'expertisée avait maintenu un réseau social minimal puisqu'il lui avait permis de se remarier en 2009. Il n'y avait donc pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Se fondant sur l'expertise précitée, l'OAI a refusé, le 11 juillet 2011, toute prestation. Par acte expédié le 19 août 2011 au greffe de la Cour de justice, l'assurée recourt contre cette décision, dont elle demande l'annulation. Elle expose que l'écart entre les observations faites par ses médecins traitants et les conclusions des experts est inconciliable. Ces derniers, régulièrement mandatés par l'intimé, ne présentent pas des garanties d'indépendance suffisantes. A titre préalable, elle demande qu'elle-même, les Drs A \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_, psychiatre, qu'elle vient de consulter, soient auditionnés, qu'elle soit autorisée à déposer des pièces complémentaires et à solliciter le droit d'entendre d'autres témoins et qu'une expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre. Sur le fond, elle conclut à l'octroi d'une rente en entière. L'intimé a conclu au rejet du recours. L'expertise ne présentait pas d'éléments mettant son bien-fondé, ni d'ailleurs l'impartialité des experts, en doute. Les avis des médecins traitants et consultés pas la recourante ne pouvaient l'emporter sur les conclusions de l'expertise, dûment motivées. La recourante a encore produit un rapport de la Dresse D \_\_\_\_\_ du 17 novembre 2011 indiquant que l'état de santé de sa patiente s'était détérioré "ces derniers mois". La Dresse E \_\_\_\_\_, psychiatre, expose dans son attestation du 25 novembre 2011 suivre la patiente depuis le 13 octobre 2011. L'état de santé de celle-ci s'était aggravé "ces derniers mois"; il était susceptible de s'améliorer. Elle présentait alors un trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte. Enfin, le Dr A \_\_\_\_\_ indique dans son écrit du 25 août 2011 que, comme l'avaient constaté les experts, le pronostic d'une reprise de travail était extrêmement sombre. Contrairement aux experts, il est d'avis que ce pronostic est dû au cumul des pathologies présentées par la patiente et non à des facteurs non médicaux. Celle-ci souffrait d'un trouble de la personnalité dépendante ayant engendré une modification durable de la personnalité, de type dépendant (F62.8). Se prononçant sur ces pièces médicales, l'intimé a relevé que seul le rapport de la Dresse E \_\_\_\_\_ apportait un élément nouveau, à savoir le diagnostic de trouble affectif bipolaire. Dès lors qu'il pouvait s'agir d'une nouvelle atteinte ou d'une interprétation différente de la même atteinte, il convenait de connaître l'évolution depuis le rapport d'expertise. Par courrier du 15 février 2012, la Dresse E \_\_\_\_\_ a répondu à la Cour ne pas pouvoir se déterminer sur la question de savoir si le trouble bipolaire était déjà présent début juillet 2011, dès lors qu'elle ne suivait alors pas la patiente, cette dernière étant alors suivie par son psychiatre traitant. Le trouble de l'humeur s'était aggravé et était assimilable à un trouble mental grave. Il ne lui était toutefois pas possible de déterminer la date du début de ce trouble psychique. L'état de santé de sa patiente ne s'était pas amélioré depuis octobre 2011. Une amélioration était possible uniquement à long terme. L'intimé a observé qu'il n'y avait pas de mention d'un trouble affectif bipolaire dans le dossier avant les constatations de la Dresse E \_\_\_\_\_ en octobre 2011. Il fallait donc en conclure qu'il s'agissait d'une aggravation de l'état de santé postérieure au 11 juillet 2011. La décision de cette date devait donc être maintenue, et il convenait de se prononcer ultérieurement sur la question de savoir si la péjoration de l'état de santé était durable et influait sur la capacité de travail. La recourante ne s'est pas prononcée sur le courrier de la Dresse E \_\_\_\_\_. Les parties ont ensuite été informées que la cause était gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de

la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.1 Par ailleurs, le recours, formé dans les formes et délai prévus, est recevable (art. 38, 60 et 60 let. b LPGA). 1.2 Au vu de l'instruction écrite et des pièces médicales apportées au dossier, la Cour s'estime suffisamment renseignée pour statuer sans procéder à d'autres actes d'instruction. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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, mentale ou psychique. 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. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 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. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; 115 V 133, consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) 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. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). 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. A cet égard, il importe 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. En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et cc). e) Si un assuré a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche

cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise. Celle-ci contient une anamnèse et a été établie en connaissance du dossier médical de la recourante et après un examen clinique, respectivement un entretien approfondi et une observation en atelier professionnel de cette dernière. Elle tient compte des plaintes de l'assurée. Par ailleurs, les experts parviennent à des conclusions claires, ne souffrant pas de contradictions internes et étant dûment motivées. En outre, aucun élément ne porte à douter des compétences professionnelles des experts. Le Dr F \_\_\_\_\_ est spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne et la Dresse G \_\_\_\_\_ spécialiste FMH en médecine psychiatrie et psychothérapie. Le seul fait que les experts seraient régulièrement mandatés par l'intimé ne permet pas, en tant que tel, de remettre en cause leur indépendance. A cet égard, la recourante se borne à une affirmation générale, sans donner d'éléments précis de nature à s'interroger sur l'impartialité des Drs F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_. La recourante estime, en outre, que l'expertise n'est pas conciliable avec les observations et diagnostics résultant des différents rapports médicaux figurant au dossier. Elle ne précise cependant pas quels éléments en particulier ne seraient pas conciliables avec les conclusions de l'expertise. Par ailleurs, en tant qu'elle se réfère à des rapports médicaux antérieurs à l'été 2007, il convient de relever qu'il n'est pas possible de revenir sur les constatations médicales faites le 3 mai 2007, date de la première expertise. Celle-ci avait fondé la décision du 23 juillet 2007, aujourd'hui entrée en force. Seuls des éléments médicaux postérieurs au 23 juillet 2007 peuvent ainsi être examinés. Or, ceux-ci ont dûment été intégrés par les experts dans leur analyse; la recourante ne cite d'ailleurs aucun rapport ou document médical ni n'évoque une atteinte, dont les experts auraient omis de tenir compte. Sur le plan psychique, le psychiatre traitant, le Dr A \_\_\_\_\_, indique dans son courrier du 25 août 2011 que l'expertise est "tout à fait correcte", la patiente ayant été examinée par les experts et évaluée en atelier professionnel. Il qualifie de "logique" la conclusion selon laquelle la capacité de travail de sa patiente est théoriquement complète. Il s'interroge toutefois sur l'interprétation faite des diagnostics retenus que les experts, qui évoquent un pronostic extrêmement sombre pour une reprise du travail en raison de facteurs non médicaux. Selon le Dr A \_\_\_\_\_, ce serait le cumul des facteurs médicaux qui aboutirait à ce pronostic sombre, et non des facteurs non médicaux. A son sens, la personnalité dépendante de l'assurée la rendrait pleinement incapable de travailler. A cet égard, l'experte psychiatre explique clairement que les critères de personnalité dépendante ne relèvent en l'espèce pas d'une pathologie mentale incapacitante. En outre, la Dresse E \_\_\_\_\_, que la recourante a consultée dès la mi-octobre 2011, n'évoque nullement que la personnalité dépendante de la recourante serait de nature incapacitante. Partant, les observations faites par le Dr A \_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise sur le plan psychiatrique. Il en va cependant différemment de l'avis exprimé par la Dresse E \_\_\_\_\_. Celle-ci a retenu un diagnostic différent, observé au plus tôt le 13 octobre 2011, lorsque sa patiente est venue la consulter. Cette spécialiste évoque un trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte. La Dresse E \_\_\_\_\_ a exposé ne pas pouvoir se prononcer sur l'évolution psychopathologique avant cette date de sa patiente, qui était suivie par un autre praticien. En revanche, compte tenu du trouble de l'humeur chronique, le diagnostic posé pouvait être

considéré comme une aggravation de l'état de santé. L'intimé ne conteste pas ce diagnostic ni le fait de la survenance d'une aggravation de l'état de santé psychique. Compte tenu du fait que le Dr A \_\_\_\_\_, qui a suivi la recourante avant la Dresse E \_\_\_\_\_, n'a pas observé de trouble bipolaire, en tout cas pas en date du 25 août 2011, lorsqu'il a établi son dernier rapport médical, il sera retenu que la péjoration de l'état mental de la recourante, constatée par la Dresse E \_\_\_\_\_, n'était pas présente à la date précitée. Partant, au moment de la décision litigieuse (11 juillet 2011), déterminante pour connaître de son bien-fondé, les conclusions de l'expertise psychiatrique restaient pleinement valables. Sur le plan somatique, l'expertise retient la légère discopathie C5-C6 et les discopathies L4-L5 et L5-S1, déjà constatées par les médecins traitants. Elle expose cependant que celles-ci n'expliquent pas les cervico-brachialgies et les lombosciatalgies exprimées, le tableau clinique dépassant très largement ce que l'on peut attendre de discrets troubles dégénératifs. Lorsque la Dresse D \_\_\_\_\_ indique dans son rapport du 17 novembre 2011 que sa patiente ne pourrait pas porter de charges dépassant 3 kg et devrait alterner les positions assise et debout, elle apporte des éléments déjà examinés par l'expert rhumatologue. Celui-ci a observé, à cet égard, que la recourante s'imposait des autolimitations lors des exercices demandés (notamment soulever une caisse vide) telles que le niveau d'effort atteint suggérait celui d'une personne paraplégique, alors que les gestes spontanés contredisaient les autolimitations imposées. La Dresse B \_\_\_\_\_ avait d'ailleurs déjà constaté que l'examen qu'elle avait pratiqué ne parlait pas en faveur d'un problème discal important (rapport du 18 janvier 2008). Par ailleurs, la Dresse D \_\_\_\_\_ n'évoque pas d'autres problèmes de santé que ceux retenus par l'expert ni ne fait d'observations, qui justifieraient de s'écarter des conclusions de l'expertise relatives à l'aspect somatique. Au vu de ce qui précède, la Cour se fondera donc sur l'expertise effectuée par les Drs F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_ pour retenir que les atteintes à la santé dont souffre la recourante n'entraînaient pas, à la date du 11 juillet 2011, une incapacité de travail, au sens de l'assurance-invalidité (cf. consid. 3 ci-dessus). S'agissant de la période postérieure à la décision, il conviendra que l'intimé reprenne l'instruction médicale, comme elle se le propose d'ailleurs, pour examiner comment a évolué la péjoration de l'état de santé mentale de la recourante, constatée par la Dresse E \_\_\_\_\_ au mois d'octobre 2011. En conclusion, le recours est rejeté et la cause renvoyée à l'intimé pour la reprise de l'instruction pour la période postérieure au mois de juillet 2011. 6. L'émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). \* \* \* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours dirigé contre la décision du 11 juillet 2011 recevable. Au fond : Le rejette. Invite l'intimé à reprendre l'instruction médicale pour la période postérieure à la date de la décision querellée. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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 Maryse BRIAND La présidente Florence KRAUSKOPF Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe

le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.