

GE_GERICHTE A/556/2008 vom 20. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_556_2008

FR: GE_GERICHTE A/556/2008 du 20 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/556/2008 del 20 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.11.2008
A/556/2008

A/556/2008 ATAS/1369/2008 du 20.11.2008 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/556/2008
ATAS/1369/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 3 du 20 novembre 2008 En la cause Monsieur H _____,
domicilié à GENEVE recourant contre OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur
H _____ (ci-après : l'assuré), né en 1959, de nationalité éthiopienne, a exercé les
professions d'employé de cafétéria, d'employé polyvalent (livraisons de voitures de
location) puis de vendeur automobile. Le 10 mai 2005, il a déposé une demande de
prestation auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant une
douleur chronique existant depuis 1993 et une incapacité de travail depuis le mois de mars
2004. Le Dr L _____, spécialiste FMH en médecine générale, indiqué dans un rapport
daté du 3 octobre 2005 que le patient souffrait de douleurs intercostales droites chroniques
post-thoracotomie depuis 1993. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans
répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics d'état dépressif chronique, lombalgies
chroniques et hypercholestérolémie. Il a attesté une incapacité totale de travailler à compter
du 25 février 2004. Il ressort de l'anamnèse qu'en 1987 et 1993 l'assuré a été victime d'un
pneumothorax spontané traité par thoracotomie. Les douleurs intercostales droites sont
apparues sous forme de décharges électriques et à la pression au niveau de la cicatrice ainsi
qu'une dysesthésie. Plusieurs traitements ont été tentés, notamment une thérapie neurale et
la prise de médicaments sous forme d'antalgiques, d'antidouleurs et d'opiacés. Les douleurs
ont un peu diminué sans toutefois disparaître. Le patient continue à se plaindre de douleurs
intercostales droites avec dysesthésie quasi constantes et invalidantes qui augmentent avec
la respiration et la toux ainsi qu'à l'effort. Il se plaint également d'insomnies. Le médecin a
objectivement constaté des douleurs sélectives de type décharge électrique à la palpation de
la cicatrice postérieure droite. Il n'y a pas de limitation de la mobilité du membre supérieur
droit mais une dysesthésie au froid de la moitié supérieure de l'hémi-thorax droit, des
douleurs basi-thoraciques droites à la palpation de la 10ème et de la 11ème côtes. Le statut
psychiatrique a été décrit de la manière suivante : thymie triste, insomnies aggravées depuis
quelques semaines. Le médecin a conclu à des douleurs probablement de type neurogène,
secondaires à la thoracotomie réalisée en 1993, rebelles aux divers traitements y compris
interventionnels. Le patient décrit depuis 2 ans une aggravation de la symptomatologie qui
représente actuellement, selon le médecin, un handicap sévère pour la reprise de toute
activité professionnelle. Le praticien a émis l'avis qu'il serait souhaitable d'envisager une
reconversion afin que le patient puisse exercer une activité partielle plus adaptée à sa
symptomatologie douloureuse. L'OCAI a demandé un examen bidisciplinaire

rhumato-psychiatrique aux Drs M _____ spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et N _____, psychiatre. Ceux-ci ont rendu leur rapport en date du 19 octobre 2007. Ils n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Ils ont mentionné en revanche des douleurs de l'hémithorax droit dans le cadre d'un statut après deux thoracotomies en 1987 et 1993, des dorsalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuerman et des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie. Il a été relevé que l'assuré ne paraissait pas algique, puisqu'il est resté assis pendant 45 minutes sans signe de gêne particulière, que le déshabillage était par ailleurs fluide et qu'il arrivait à faire une abduction de son épaule droite sans gêne particulière. De la même manière il a antéfléchi le tronc pour enlever et mettre ses chaussures sans problème particulier. Des troubles statiques discrets du rachis ont été relevés. La mobilité cervicale et lombaire a été qualifiée de normale. Des douleurs latéro-thoraciques droites modérées aux latéro-flexions du tronc et une douleur dorsale à distance doigts-sol a été constatée. La mobilité du membre supérieur droit, comme celle des autres articulations, est bien conservée. Une inguinalgie droite à la rotation interne de la hanche droite a été signalée, sans limitation de la mobilité de la hanche. La fonction pulmonaire s'est révélée sans problème. L'assuré ne présente pas de douleur, même à la respiration profonde ; il présente cependant une douleur para sternal droite à la palpation ainsi qu'à la palpation des arcs antérieurs des 9ème et 10ème côtes droites et de la partie latérale de la dernière côte droite. L'assuré a signalé des dysesthésies sous forme de décharge électrique à l'effleurement de la cicatrice de thoracotomie et une hypo-esthésie au froid. Les médecins ont retenu à titre de limitations fonctionnelles ostéoarticulaire et somatiques : la nécessité de pouvoir alterner les positions assise et debout deux fois par heure, d'éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédent 8 kilos ou le port régulier de charges d'un poids excédent 15 kilos et le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Ils ont relevé que ces limitations fonctionnelles étaient cependant bien respectées dans les diverses activités qu'a effectuées l'assuré par le passé, à savoir celles de chauffeur, de vendeur d'automobiles et de gardien de musée. Selon les médecins, il n'y a aucune incapacité de travail dans ces professions. Ils ont cependant précisé que si l'assuré doit continuer à prendre des opiacés, il serait préférable d'éviter la conduite automobile. Sur le plan psychique, il a été relevé que la Dresse O _____, dans un rapport daté du 14 mars 2005, avait décrit une thymie triste mais n'avait relevé ni trouble du sommeil ni trouble de l'appétit ni idées de culpabilité ni mauvaise estime de soi et n'avait retenu aucun diagnostic psychiatrique. Pour leur part, les médecins du SMR n'en ont pas retenu non plus. Ils ont simplement relevé quelques traits dépressifs discrets ne permettant pas de retenir un trouble spécifique de ce registre et retenu le diagnostic de difficulté d'adaptation à une nouvelle étape de la vie en précisant que cela ne représente pas une maladie psychiatrique invalidante et n'a donc aucune incidence sur la capacité de travail. En conclusion, ils ont estimé que, tant du point de vue ostéoarticulaire que somatique, il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail dans les activités professionnelles habituelles, ces dernières tenant bien compte des limitations fonctionnelles évoquées. Le 6 décembre 2007, l'OCAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui indiquant qu'il avait l'intention de rejeter sa demande de rente aux motifs que l'expertise médicale pluridisciplinaire effectuée par le SMR avait démontré que son état de santé psychique et rhumatologique ne revêtait pas une gravité suffisante pour se voir reconnaître un caractère invalidant. Par décision du 30 janvier 2008, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Par courrier du 22 février 2008, ce dernier a interjeté recours contre cette décision en alléguant brièvement qu'en raison de son

état de santé, il est totalement incapable de travailler car il souffre d'un état dépressif sévère et ses douleurs sont très importantes. Par courrier du 28 février 2008, l'assuré a en outre produit un courrier de son médecin traitant, le Dr L _____, indiquant qu'il est suivi à sa consultation depuis le 25 février 2004, qu'il présente des douleurs de type neurogène secondaires à une double thoracotomie réalisée en 1987 et 1993, que ces douleurs sont rebelles aux divers traitements et que le patient décrit depuis 2 ans une aggravation de la symptomatologie représentant un handicap sévère pour la reprise de toute activité professionnelle. Le médecin y indique encore que les médicaments ont diminué sensiblement les douleurs, de 30 à 50%, sans les faire réellement disparaître. Il estime que son patient est partiellement incapable de travailler (à 50%) et explique qu'une demande a été déposée afin d'envisager une reconversion de l'assuré dans une autre activité, plus adaptée à sa symptomatologie douloureuse. Le médecin a indiqué qu'il s'agissait de douleurs chroniques compliquées par un état dépressif sévère qui persiste malgré le traitement médicamenteux et psychothérapeutique. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 7 avril 2008, a conclu au rejet du recours en se référant au rapport bidisciplinaire du SMR. Quant aux nouveaux documents produits par le recourant, l'OCAI a fait remarquer que les propos du Dr L _____ étaient contradictoires. En premier lieu, il mentionnait une aggravation douloureuse puis un état de santé stationnaire après avoir fait état du fait que le traitement avait permis de diminuer les douleurs de 30 à 50%. En second lieu, il concluait à un état dépressif sévère puis mentionnait que l'assuré était très motivé pour poursuivre des mesures professionnelles. L'OCAI estime que les arguments du médecin traitant ne se basent que sur des faits subjectifs, à savoir une aggravation douloureuse qui a néanmoins bien répondu à un double traitement, sans oublier le traitement d'antalgiques d'opiacés mentionné par la suite. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 22 mai 2008. Le recourant a expliqué prendre de multiples antidouleurs ainsi que des somnifères, mais pas d'antidépresseur. Il n'est pas non plus suivi par un spécialiste sur le plan psychique. Le Dr L _____, entendu le 18 juin 2008, a confirmé suivre le recourant depuis février 2004 et lui avoir prescrit de nombreux médicaments : des antidépresseurs, des antiépileptiques, des antidouleurs, des anti-inflammatoires, un traitement contre le cholestérol et de la morphine. Il a expliqué que s'il n'a pas adressé son patient à un psychiatre, c'est qu'il pensait suffisant de lui dispenser personnellement des séances de psychothérapie et de lui prescrire des antidépresseurs. Il l'a en revanche adressé au Centre de la douleur des HUG et à celui de Meyrin, qui ont tous deux confirmé les diagnostics. Des traitements interventionnistes ont été dispensés sans succès. Malgré la médication, les douleurs, aux dires du patient, ne diminuent que de 30 à 50%. Pour le reste, son état psychique s'est plutôt dégradé. Cette aggravation consiste en l'apparition d'insomnies et de douleurs somatiques supplémentaires il y a environ deux ans. C'est alors qu'un somnifère a été introduit. Le témoin a exprimé l'avis qu'une expertise et un suivi psychiatrique seraient nécessaires. S'agissant de la capacité de travail du patient, il a fait remarquer que ce dernier est très focalisé sur ses douleurs et qu'il ne dispose par ailleurs d'aucune formation, raison pour laquelle il a demandé à l'AI de le réinsérer dans une profession adaptée à son état. Le témoin a confirmé que le traitement suivi par le patient très lourd mais a précisé qu'il le supporte très bien et n'a signalé aucun effet secondaire. Lui-même n'a constaté aucun trouble induit par le traitement. Cela ne devrait donc pas avoir de conséquences sur ses possibilités de réinsertion. Le médecin a posé un pronostic sombre au vu du fait que, depuis quatre ans et malgré tous les efforts entrepris, les douleurs n'ont diminué que de 30 à 50%. La pose d'un stimulateur électrique n'a amélioré la situation que

transitoirement, durant trois semaines. Les infiltrations médullaires pratiquées ont plutôt aggravé la situation. Le stimulateur médullaire a également été tenté, sans succès. Le témoin a encore indiqué qu'il avait du mal à imaginer quelle profession pourrait être adaptée à l'état de son patient. A l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger. EN DROIT

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La décision litigieuse, du 30 janvier 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement quel est le taux d'invalidité qu'il présente et si, cas échéant, il peut se voir octroyer des mesures d'ordre professionnel. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). 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) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 261 consid. 4 et les références). c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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). Le recourant conteste l'appréciation de sa capacité de travail telle qu'elle a été faite par le SMR. Il allègue souffrir d'un état dépressif sévère et de douleurs telles qu'il ne peut exercer la moindre activité. Cependant, le rapport d'examen des médecins du SMR se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître

pleine valeur probante ce, d'autant que le Dr L _____ a reconnu que les douleurs de l'assuré, si elles n'ont pu être totalement annihilées, ont du moins été diminuées de 30 à 50% par les traitements entrepris qui, bien qu'ils soient lourds, sont bien tolérés par le recourant et n'engendrent pas d'effets secondaires. Le Dr L _____ évoque certes un état dépressif sévère. Ce diagnostic, qui entre en contradiction avec les constatations des médecins du SMR, n'est cependant pas étayé de manière convaincante, d'autant que le médecin traitant n'a pas jugé bon d'adresser son patient à un spécialiste, ce qui tend à démontrer que cet état n'est sans doute pas aussi sévère qu'il l'indique. Il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Cette hypothèse n'est cependant pas réalisée en l'espèce, comme on l'a vu ci-avant. Il suit de ce qui précède que le Tribunal n'a d'autre possibilité que de se fonder sur les conclusions du rapport d'examen du SMR et de conclure que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans un poste lui permettant d'alterner les positions, d'éviter le port de lourdes charges et le travail en porte-à-faux et n'impliquant pas la conduite d'un véhicule. Force est de constater que le recourant, même s'il n'a pas de formation spécifique, a en revanche une expérience professionnelle dans le domaine de la vente et comme employé de cafétéria, par exemple, professions qui répondent aux conditions énoncées supra. C'est en conséquence à juste titre que l'intimé a considéré qu'il n'y avait pas de perte de gain et donc pas d'invalidité en l'occurrence. Le recourant ne peut non plus se voir accorder de mesures d'ordre professionnel, notamment un reclassement, pour les motifs exposés ci-après. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1). L'étendue des mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid 1). Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). En l'espèce, force est de constater que le recourant ne remplit pas les conditions objectives mises à l'octroi d'un reclassement (nécessité d'un changement de profession, taux d'invalidité supérieur à 20 %). L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI).

PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 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); 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 Yaël BENZ La présidente Karine STECK 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.