

GE_GERICHTE A/928/2014 vom 17. Oktober 2014

GE Cour de justice, 2014-10-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_928_2014

FR: GE_GERICHTE A/928/2014 du 17 octobre 2014

IT: GE_GERICHTE A/928/2014 del 17 ottobre 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.10.2014
A/928/2014

A/928/2014 ATAS/1090/2014 du 17.10.2014 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/928/2014
ATAS/1090/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 17
octobre 2014 9ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié au LIGNON
recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____
(ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1958, a déposé une demande de prestations de
l'assurance invalidité (ci-après AI) pour adultes le 17 août 2011. [endif]>[if> Il exerçait
l'activité de monteur en stores. Il était en incapacité de travail pour cause de maladie,
singulièrement pour un syndrome néphrotique et suite à une attaque cérébrale. Il était suivi
depuis 1993 par le docteur B_____, spécialiste FMH en néphrologie et médecine interne,
et depuis mars 2011 par le docteur C_____, médecin adjoint agrégé auprès du service de
neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), spécialiste FMH en
cardiologie et médecine interne générale. M. A_____ vivait seul. 2. Le 31 août 2011,
Avenir assurance maladie SA a informé l'Office cantonal AI (ci-après OAI) qu'il intervenait
en qualité d'assureur perte de gain maladie selon la LCA et indemnisait l'intéressé depuis le
1 er mars 2011 à hauteur de 100%. Copie du dossier médical complet était transmis au
médecin conseil de l'OAI. [endif]>[if> Il en ressortait : - Un rapport médical du Dr
B_____ du 8 juillet 2011 posant comme diagnostic, avec répercussion sur la capacité de
travail, un accident vasculaire cérébral (ci-après : AVC) ;[endif]>[if> - Une lettre de
sortie du 31 mars 2011 du service de neurologie des HUG. L'intéressé avait été hospitalisé
pour dysarthrie, parésie des membres supérieurs et inférieurs droits. Le diagnostic principal
consistait en AVC pontique gauche d'origine encore indéterminée. Le diagnostic secondaire
consistait en probable foramen ovale perméable, insuffisance rénale aiguë d'origine rénale
probablement surintoxication à la ciclosporine, dyslipidémie et hypovitaminose B12 et
hypofolatémie ;[endif]>[if> - Différents certificats médicaux du Dr B_____
attestant de l'incapacité de travail de M. A_____ ; [endif]>[if> - Un certificat
médical du Dr B_____ du 25 août 2011 indiquant, notamment, que la fonction rénale se
détériorait progressivement et allait certainement atteindre le stade IV ou V (stade rénal
terminal) d'ici quelques mois ou quelques années. L'incapacité de travail était motivée
principalement par l'AVC, mais également par la glomérulonéphrite. Les problèmes de
l'insuffisance rénale allaient apparaître de plus en plus forts. L'arrêt de travail continuerait
pour une assez longue période à 100%. Une reprise totale du travail antérieur ne semblait
pas envisageable prochainement ; [endif]>[if> - Un rapport d'examen
neuropsychologique du 15 mars 2011 des HUG de D_____, logopédiste et
neuropsychologue et E_____, logopédiste, stagiaire en aphasiologie, détaillant les

conséquences neuropsychologiques de l'AVC subi par le patient ;![endif]>![if> - Un courrier du Dr C_____ du 15 juin 2011, récapitulant le suivi du patient et proposant la poursuite « de l'anticoagulation ». ![endif]>![if> 3. Le 5 septembre 2011, F_____ SA, employeur de M. A_____, a rempli le questionnaire à l'attention de l'OAI. Le contrat avait débuté le 4 octobre 1993. M. A_____ exerçait une activité de vitrier-storiste jusqu'à son AVC. Le dernier jour travaillé avait été le 28 février 2011. L'horaire de travail normal dans l'entreprise était de huit heures trente quotidiennes pour quarante et une heures hebdomadaires. L'assuré effectuait cet horaire depuis son engagement. Il percevait CHF 6'998.- par mois soit CHF 39.40 par heure. À son salaire s'ajoutait une indemnité vacances de 13,04%, une indemnité pour jours fériés de 100% et un treizième à hauteur de 8,33%. Le salaire versé correspondait au rendement. Au moment de remplir le formulaire, la personne assurée, sans atteinte à la santé, dans son ancienne activité, gagnerait auprès de F_____ SA CHF 323.10 par jour représentant CHF 1'615.40 par semaine soit CHF 90'971.20 annuels, treizième salaire compris. ![endif]>![if> En 2008, l'assuré avait gagné CHF 65'894.40 brut, en 2009 CHF 74'724.10 et en 2010 CHF 70'006.-. Ces chiffres étant compris sans les indemnités de remplacement, à l'instar d'indemnités versées par une assurance. L'activité de M. A_____ consistait, souvent, à remplacer des verres isolants, des stores et à manier des caisses à outils. Il lui arrivait parfois de poser des stores en toile. Physiquement, il était souvent debout, devait soulever ou porter des poids moyens à lourds soit de 10 à plus de 25 kg. Intellectuellement, les exigences journalières étaient grandes tant en concentration et en attention qu'en endurance, en soin ou en faculté d'interprétation. Le remplacement ou la pose de stores était toujours effectué à partir d'une échelle. Le collaborateur ne pouvait plus exercer son ancienne profession, trop physique. 4. Le 7 septembre 2011, à la demande d'Avenir assurance maladie SA, le docteur G_____, neurologue auprès de la clinique Corela, a rendu un rapport à leur attention. Le diagnostic consistait en status post AVC avec séquelles modérées, discrets troubles de l'équilibre et syndrome pyramidal, principalement à droite. Les troubles de l'équilibre contre-indiquaient un travail posté en hauteur. Une reprise dans l'activité habituelle de vitrier-storiste n'était pas envisageable. Une incapacité de travail à 100% était recommandée en raison du risque de chute aggravé par la prise d'anticoagulants et en raison de risque de coupure par le maniement de vitres, d'autant que la néphropathie évolutive allait poser également des problèmes d'ordre physique. Il fallait envisager un reclassement professionnel. Un emploi sans travail posté en hauteur et avec une faible contrainte physique était possible à 100% horaire et rendement dès le 7 septembre 2011. Le pronostic en ce qui concernait la reprise dans le travail habituel était réservé. ![endif]>![if> 5. Par rapport médical du 15 septembre 2011, la polyclinique de neurologie des HUG a indiqué que l'activité exercée professionnellement par l'assuré n'était plus exigible. Une reprise de l'activité professionnelle était envisageable mais avec une nouvelle orientation professionnelle. Les limitations dues à l'état de santé étaient quasiment toutes mentionnées. ![endif]>![if> 6. Par décision du 4 octobre 2011, l'Avenir assurance maladie SA a informé l'assuré que le versement des indemnités journalières cesseraient au 31 janvier 2012. Après cette date, le taux de sa perte de gain, estimé à 29%, était inférieur au taux d'incapacité de travail donnant droit à des prestations Si l'assuré ne trouvait aucun emploi adapté d'ici au 31 janvier 2012, il lui serait possible de s'inscrire à l'assurance chômage.![endif]>![if> 7. Par communication du 14 décembre 2011 de l'OAI, M. A_____ a été informé qu'il était mis au bénéfice de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un stage d'orientation professionnelle. ![endif]>![if> 8. Il ressort du rapport du 22 février 2012 établi à l'échéance de la mesure par le directeur du

Centre de formation professionnelle spécialisée ORIF de Morges qu'un stage chez le dernier employeur aurait pu confirmer, ou pas, un retour dans son domaine d'activité. Malheureusement l'assurance n'avait pas encore donné son aval. Une démarche avait été entreprise chez K_____ SA pour un stage comme vendeur ou responsable de chantier. La problématique était restée en suspens. La piste de conseiller en assurances pouvait être exploitée si M. A_____ se remettait en question et surtout s'il se sentait capable de suivre une formation dans ce domaine. Un cours de français serait nécessaire. ![endif]>![if> 9. Le 5 juin 2012, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé du patient ne s'était pas modifié de façon notable depuis l'AVC. Les limitations fonctionnelles étaient surtout liées aux troubles de l'équilibre, lesquels s'étaient toutefois légèrement améliorés. La compliance était bonne. Une reprise de travail serait possible, mais dans une activité adaptée.![endif]>![if> 10. Par certificat du 12 juin 2012, le Dr B_____ a fait part d'une légère amélioration. Il y avait moins d'instabilité. Les diagnostics étaient inchangés. La capacité de travail était nulle dans le poste de travail occupé, mais de 50% dans une activité adaptée.![endif]>![if> 11. Par communication du 10 juillet 2012 de l'OAI, l'assuré a été informé qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible compte tenu de son état de santé. L'instruction du dossier continuait et son droit aux prestations de l'assurance invalidité allait être examiné.![endif]>![if> 12. Par rapport du 30 novembre 2012, le docteur D_____, médecin auprès du Service médical régional suisse romande (ci-après SMR), a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle pour son ancienne activité depuis le 1^{er} mars 2011. Elle était pleine pour une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 7 septembre 2011, date de l'expertise du Dr G_____. Le Dr B_____ expliquait que l'état de santé de l'assuré s'était légèrement amélioré. Il attestait, comme en 2011, d'une capacité de 50% dans une activité adaptée. Selon le Dr D_____, si l'état de santé s'était amélioré, il n'y avait aucune raison pour qu'il ne permette plus une pleine capacité de travail dans une activité adaptée conformément à ce que préconisait le Dr G_____. Le Dr C_____, dans son rapport du 8 décembre 2011, indiquait qu'une amélioration était encore possible et devait même pouvoir permettre une reprise de l'ancienne activité. Il était nécessaire pour ce praticien de réévaluer la situation au cours de l'année 2012. Dans son nouveau rapport du 5 juin 2012, celui-ci qualifiait l'état de santé de l'assuré de stationnaire et attestait toujours d'une totale incapacité de travail pour l'ancienne activité. Il écrivait que les limitations fonctionnelles étaient en rapport avec l'AVC, le syndrome des jambes sans repos étant très ancien et ne gênant pas l'assuré auparavant. ![endif]>![if> 13. Par communication du 3 avril 2013 de l'OAI, l'assuré a été informé de l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle auprès des établissements publics pour l'intégration (ci-après ÉPI) pour la période du 8 avril au 7 juillet 2013. ![endif]>![if> 14. M. A_____ a été en incapacité totale de travail à partir du 3 juin 2013 pour différentes causes médicales. Selon son nouveau médecin traitant, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en médecine interne, les diagnostics consistaient en insuffisance rénale chronique, AVC pontique gauche et syndrome des jambes sans repos. L'état de santé s'était aggravé en particulier l'asthénie. ![endif]>![if> L'assuré avait été hospitalisé du 6 au 7 juin 2013 dans le service de chirurgie des HUG. Il ressortait de leur lettre de sortie du 11 juin 2013 que le diagnostic principal consistait en une crise de goutte du genou droit. Les comorbidités actives suivantes étaient mentionnées : hypertension artérielle traitée, hypercholestérolémie non traitée, syndrome des jambes sans repos, syndrome néphrotique, insuffisance rénale chronique avec clairance selon Cockcroft à 38ml/min, insuffisance aortique. 15. Selon le rapport du 5 juillet 2013 de l'ÉPI, l'assuré avait été présent le 97% du temps de la période

intramuros courant du 8 avril 2013 au 24 mai 2013. Pendant la période extramuros du 27 mai au 7 juillet 2013, M. A_____ avait été présent moins de 1 %, soit deux jours sur trente. Les vingt-huit jours d'absences étaient dus à une maladie et dûment justifiés par certificat médical. Selon les observations faites intramuros, les positions de travail étaient correctement tenues malgré quelques symptômes de jambes sans repos, en position assise en début de stage mais en forte atténuation tout au long de sa présence intramuros. L'assuré se déplaçait lentement et de manière apathique. La mobilité du torse et des membres supérieurs ne semblaient pas avoir de limitations si ce n'était un manque de dynamisme général. L'assuré présentait un niveau de dextérité moyen. L'apprentissage de la gestuelle était, la plupart du temps, assez lent, ce qui se traduisait par des rendements ainsi qu'une qualité faible dans un premier temps. Néanmoins, lors d'activités manuelles simples et pratiques (emballage, montage simple) demandant peu de précisions, l'assuré pouvait atteindre de bons rendements. Il devait être en permanence guidé, poussé et/ou stimulé. Le tonus intellectuel et le rythme de travail étaient globalement faibles (sauf certains travaux sériels). Les capacités de mémorisation dépendaient de son humeur (attention, somnolence, etc.). Les consignes orales étaient rarement suivies. Il était constaté des troubles de l'assimilation du raisonnement, de l'écoute et de la compréhension. L'assuré arrivait péniblement à s'organiser seul même si les activités étaient connues et/ou simples et pratiques. Dans les travaux purement bureautiques (Word par exemple) il avait du mal à respecter les procédures, il manquait de rigueur et il n'arrivait pas à assimiler les fonctionnalités. Il avait un certain « blocage » qui ne lui permettait pas de progresser normalement. Il n'avait pas la faculté d'analyse suffisante pour résoudre seul un problème, même simple. Il devait être contrôlé et guidé. Il était sensible au stress (de la nouveauté par exemple). Cet état l'empêchait de raisonner et de réfléchir normalement. Concernant les capacités d'intégration sociale, M. A_____ était apte à s'intégrer au marché économique normal. Il en connaissait et respectait toutes les règles en vigueur. Il était sceptique quant à sa réintégration et mettait en avant un bon nombre de limitations pour mettre des barrières et des freins. Ses colères et ses revendications le freinaient dans son avancée professionnelle. Sur le plan des démarches professionnelles, les maîtres de réadaptation ont relevé qu'il avait su accomplir les démarches d'orientation professionnelle de manière autonome. Il avait été très efficace dans ses recherches d'information, très méthodique et avait constitué un petit dossier avec tous les renseignements récoltés. Il présentait son projet professionnel au groupe en s'exprimant clairement et facilement. Il démolissait cependant ses idées, trouvant toujours une excuse (trop vieux, trop jeune, pas de formation, etc.) Le bilan intramuros avant les stages en entreprise avait été fait avec l'assuré. Les conclusions des ÉPI, suite à l'observation intramuros, consistaient en ce que les capacités résiduelles de travail démontrées par l'assuré lui permettaient de retrouver un emploi dans le circuit économique normal avec des rendements adéquats dans un domaine simple et pratique (magasinage simple, livraison légère, travail à l'établi) moyennant une période d'accoutumance. L'assuré acceptait, non sans invoquer une injustice à son encontre de la part des institutions et notamment de l'office cantonal de l'emploi qui lui devait deux mois d'indemnités selon lui. 16. Par rapport du 9 juillet 2013, la Dresse H_____ a relevé trois diagnostics avec effet sur la capacité de travail, soit le syndrome des jambes sans repos que le patient connaissait depuis ses 25 ans, l'AVC portique gauche, depuis 2011 et l'insuffisance rénale chronique, stade 3 sur glomérulonéphrite extra-membraneuse, présente depuis 1994. La praticienne détaillait l'anamnèse, le traitement et la médication en cours ainsi que les limitations fonctionnelles. Le patient était totalement incapable de travailler.

Des mesures de réadaptation professionnelle ne permettraient pas de réduire les restrictions énumérées. Il ne fallait pas s'attendre à une reprise d'activité professionnelle.!

17. Par rapport de réadaptation professionnelle du 29 août 2013, l'OAI a proposé de considérer une perte de gain durable de 41.9%. Le bilan final des ÉPI du 5 juillet 2013 mettait en évidence, en matière de capacités physiques, que les positions assise et debout avec possibilité de quelques alternances selon les jours étaient celles qui convenaient le mieux à l'assuré. Ces limitations correspondaient à un travail léger et varié (de type tertiaire ou industriel léger). M. A_____ n'avait pas l'habitude des travaux fins ni de travaux manuels de type industriel. Seuls des travaux sériels et/ou de conditionnement semblaient à sa portée. Les capacités scolaires et d'apprentissage de l'assuré étaient très limitées. Elles ne lui donnaient accès qu'à des activités pratiques et simples. L'intéressé n'avait ni les compétences ni le goût de suivre une formation théorique (Word par exemple). De plus, il montrait de la difficulté (stress) lorsqu'il était confronté à des activités nouvelles et inconnues. En revanche, une formation pratique spécifique à un métier, dans un domaine pour lequel il porterait de l'intérêt, pourrait être envisageable si le besoin s'en faisait sentir en emploi (ou en stage). La synthèse des capacités d'intégration sociale retenait que M. A_____ était apte à s'intégrer au marché économique normal. Il en connaissait et respectait toutes les règles en vigueur. Il était sceptique quant à sa réinsertion et mettait en avant un nombre de limitations pour mettre des barrières et des freins. Ses colères et ses revendications le freinaient dans son avancée professionnelle.

18. Le Dresse H_____ a contacté par téléphone l'OAI le 29 août 2013 pour les informer de la péjoration de la fonction rénale de son patient. Le docteur I_____, spécialiste FMH en néphrologie, prévoyait de réaliser une biopsie.

19. Par rapport médical du 23 septembre 2013, le Dr I_____ a indiqué que, d'un point de vue médical, les mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas possibles. À l'exception d'incapacités de concentration, d'adaptation et de résistance, le patient n'avait pas de limitations fonctionnelles. La cause de l'incapacité de travail consistait en une glomérulonéphrite extra-membraneuse avec insuffisance rénale chronique depuis 1994.

20. Par avis médical du 14 octobre 2013, le docteur J_____, médecin au SMR, a considéré que d'un point de vue médico-théorique la situation ne s'était pas modifiée depuis le rapport SMR du 30 novembre 2012, lequel continuait à être d'actualité.

21. Par courriel du 17 octobre 2013, la société F_____ SA a confirmé que le salaire de M. A_____ en 2013 n'aurait pas été augmenté, suite à la convention collective sur les salaires réels pour les années 2012 et 2013.

22. Par projet de décision du 4 novembre 2013, l'OAI a indiqué qu'il ressortait des renseignements recueillis au dossier que l'assuré exerçait une activité lucrative à temps complet. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle depuis mars 2011 (début du délai d'attente d'un an). Dès septembre 2011, l'assuré possédait une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Un stage d'orientation professionnelle avait été mis sur pied aux ÉPI du 8 avril au 7 juillet 2013. Afin de déterminer la perte de gain, l'OAI avait comparé le revenu sans invalidité avec celui qu'il pouvait obtenir avec invalidité. Sans invalidité, selon le rapport de l'employeur, il y avait lieu de prendre en considération un salaire annuel de CHF 90'971.-. Le revenu avec invalidité devait être établi en application du tableau TA1 tous secteurs confondus de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2010 (ci-après : ESS), activité de niveau 4, retenant un salaire de annuel brut de CHF 61'164.- à 100%. Après indexation pour 2013, le montant s'élevait à CHF 62'217.-. En raison des limitations fonctionnelles, des années de service et de l'âge, une réduction supplémentaire de 15% était accordée, ce qui ramenait le

salaires annuels bruts avec invalidité à CHF 52'884.-. Les autres critères admis par la jurisprudence ne permettaient pas une réduction supplémentaire dans le cas de l'assuré. La perte de gain s'élevait à CHF 38'087.- soit 42%. À l'issue du délai légal de carence, soit dès le 1^{er} mars 2012, l'assuré avait droit à un quart de rente sous réserve des indemnités journalières déjà versées dans le cadre des mesures professionnelles mises en place. D'autres mesures professionnelles de type formation n'étaient pas indiquées car elles ne permettraient pas de réduire le dommage. L'assuré avait droit à un quart de rente dès le 1^{er} mars 2012, basé sur un taux d'invalidité de 42%. 23. Par décision du 25 février 2014, l'OAI a octroyé un quart de rente d'invalidité à M. A_____ à compter du 1^{er} mars 2012. La motivation reprenait celle du projet de décision. 24. M. A_____ ayant sollicité son assurance de protection juridique, celle-ci a transmis, le 25 mars 2014, à l'OAI copie d'une lettre de sortie du Service de néphrologie des HUG du 4 mars 2014. L'assuré avait été admis aux urgences le 28 février 2014 et avait séjourné aux HUG jusqu'au 3 mars 2014. Le diagnostic principal consistait en une possible bronchopneumonie basale gauche. Un certificat médical de l'Hôpital de La Tour du 25 février 2014 faisait état d'une hospitalisation de M. A_____ dans leur établissement du 21 au 23 février 2014. Le diagnostic mentionnait un hématome péri-rénal et para-rénal post biopsie rénale le 21 février 2014. 25. Par courrier daté du 23 mars, posté le 28 et reçu par la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la Chambre des assurances sociales) le 31 mars 2014, M. A_____ a interjeté recours contre la décision de l'OAI. L'assuré n'était pas d'accord avec un quart de rente. Il ne pouvait pas travailler. Une rente de CHF 500.- par mois, alors qu'il en gagnait précédemment CHF 6'000.- nets mensuels, n'étaient pas suffisants. Il était inenvisageable de travailler comme manœuvre, ce qui représenterait un manque à gagner de CHF 2'500.- mensuels à la suite de son AVC. Il n'avait aucune chance de retrouver un emploi, étant obligé, par honnêteté, de dire de quels maux il souffrait. Âgé de 56 ans, il était illusoire d'imaginer qu'il allait être engagé. 26. Par réponse du 19 mai 2014, l'OAI a persisté dans les termes de sa décision. Les stages effectués aux ÉPI avaient démontré que le recourant était en mesure d'effectuer des travaux sériels ou de conditionnement, accessibles sans nouvelle formation. Il avait été établi que celui-ci n'avait ni les compétences ni l'envie de suivre une formation qualifiante théorique au niveau professionnel. Les dernières pièces médicales produites avaient été soumises au SMR. Elles attestaient tout au plus d'une dégradation passagère de l'état de santé du recourant mais en aucun cas d'une aggravation durable. 27. Par réplique du 11 juin 2014, M. A_____ a indiqué souffrir d'un palindrome néphrotique depuis l'âge de 35 ans. La médication qu'il prenait quotidiennement lui causait une fatigue chronique. À l'époque, le médecin traitant lui avait indiqué qu'il pouvait faire une demande AI, ce qu'il n'avait pas souhaité faire. Il avait travaillé pendant vingt ans, tout en étant malade. Les médecins du SMR avaient posé un diagnostic, sans le rencontrer. Il avait le sentiment d'avoir été humilié dans le cadre de stages qui l'avaient rabaissé. Il avait oublié comment exécuter des fractions et autres calculs qu'il n'avait plus jamais pratiqués depuis son apprentissage. À aucun moment, on ne lui avait proposé de suivre un cours de français ou de mathématiques. La description qui était faite de sa personne dans le rapport était totalement dévalorisante. Il avait été jugé sur des examens et non sur sa vie professionnelle qui avait satisfait l'ensemble de ses employeurs. Il avait demandé une formation de chauffeur de taxi qui lui avait été refusée. 28. Par duplique du 18 juillet, l'OAI a persisté dans sa décision. 29. Par lettre du 11 juillet 2014, les parties ont été informées que la cause était gardée à

juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). ![endif]>![if> En l'espèce, la décision litigieuse du 25 février 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente invalidité singulièrement sur le taux d'invalidité.![endif]>![if> 6. 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). Selon 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 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).![endif]>![if> 7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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.![endif]>![if> 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. 28a al. 1 LAI). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 8. 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).

![[endif]]>![if> 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Etant 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 351 consid. 3b/ee). 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 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe

de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). 9. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). 10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 11. En l'espèce, il ressort du dossier que l'assuré souffre de trois atteintes principales à la santé, à savoir le syndrome des jambes sans repos dont il souffre depuis l'âge de 25 ans, une insuffisance rénale chronique (ci-après : IRC) stade 3 sur glomérulonéphrite extra-membraneuse dont il souffre depuis 1994 et les suites d'un AVC de mars 2011. L'assuré est suivi par la Dresse H_____ ainsi que par un néphrologue, le Dr I_____. Selon celle-là, les trois atteintes ont une incidence sur la capacité de travail, les incidences de chacune des causes n'étant pas précisée. La praticienne a régulièrement attesté de la totale incapacité de travailler de son patient. Le 18 juillet 2013, suite au rapport des EPI, le médecin du SMR avait considéré qu'il était nécessaire d'interpeller les médecins traitants. Le Dr I_____ a envoyé son rapport le 23 septembre 2013. Toutefois, il n'a pas indiqué si une reprise de l'activité professionnelle voire une amélioration de la capacité de travail dans une activité autre que celle de vitrier storiste était possible. Il a évoqué des difficultés de concentration et la moindre résistance de son patient liée à l'asthénie. Il a clairement estimé que le diagnostic de glomérulonéphrite avait une incidence sur la capacité de travail, sans clairement la chiffrer. Après avoir mentionné que la reprise de l'ancienne activité ne semblait pas possible, le médecin semble avoir barré sa réponse sans en amener une autre. Sous pronostic, il mentionne une évolution vers une insuffisance rénale terminale, et fait état d'une dialyse ou d'une greffe. Les suites de l'AVC sont principalement traitées par la Dresse H_____, laquelle a repris le dossier du Dr B_____. Le 9 juillet 2013, elle a indiqué que la reprise d'une activité professionnelle voire une amélioration de la capacité de travail du patient étaient impossibles. Elle a clairement mentionné que celui-ci aimerait pouvoir travailler mais que cela n'était pas envisageable compte tenu de son état physique. Elle a retenu toutes les limitations fonctionnelles, à l'exception de la capacité de compréhension. Aucun rapport médical ne traite

spécifiquement du syndrome des jambes sans repos, et de ses conséquences propres sur la capacité de travail. La décision de l'OAI se fonde sur l'évaluation médicale du médecin du SMR du 14 octobre 2013, lequel se réfère au rapport du SMR du 30 novembre 2012, estimant que, d'un point de vue médico-théorique, la situation n'a pas évolué et renvoie rapport du Docteur G_____ de juillet 2011 pour constater que l'assuré ne présente plus d'incapacité de travail depuis le 7 septembre 2011. Toutefois, le médecin-traitant de l'époque, le Dr B_____, estimait, en 2012, que son patient avait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. La Dresse H_____, succédant au Dr B_____, ne partageait pas cet avis en 2013, ce qui ressort de son rapport de juillet 2013 dans lequel elle précise que son patient est 100% incapable de travailler. De surcroît, le SMR estimait, le 30 novembre 2012, que si l'état de santé du patient s'était amélioré « il n'y a aucune raison pour qu'il ne permette plus une pleine capacité de travail dans une activité adaptée comme attesté par l'expert en septembre 2011. » Toutefois, l'expertise du Dr G_____, citée dans le paragraphe qui suit, qui concluait à une pleine capacité de travail de l'assuré à compter du 7 septembre 2011 dans une activité adaptée, se limitait au volet neurologique. Le renvoi, indirect, par le SMR, en octobre 2013, par le biais du rapport SMR du 30 novembre 2012, à la situation décrite dans le rapport du Dr G_____ en 2011, semble peu nuancée. 12. Le rapport médical du Dr G_____ qui fonde indirectement la décision de l'OAI ne peut être qualifié d'expertise au sens de la jurisprudence dès lors que l'assuré n'avait pas été consulté sur les questions posées au médecin avant que l'examen ne soit ordonné ni n'avait pu participer au choix du praticien. De surcroît, ledit rapport date d'il y a trois ans. Il ne traite que du volet neurologique alors que l'assuré présente des atteintes diverses et que le médecin-traitant et le néphrologue semblent diverger de l'OAI sur l'évaluation de la capacité de travail du patient. 13. Aucune analyse détaillée n'est faite de chacune des trois atteintes à la santé de l'assuré, alors même que les Dr H_____ et I_____ indiquent que l'assuré est incapable de travailler même dans une activité adaptée. Aucune analyse n'est faite non plus des avis médicaux affirmant que l'état de santé du patient se dégrade. Deux des praticiens invoquent une asthénie. Dans son rapport du 14 octobre 2013, le docteur du SMR se contente de constater que le médecin-traitant, outre les trois diagnostics déjà connus, explique une aggravation de l'état de santé, en particulier par une asthénie sans que cette situation ne soit vraiment investiguée. De même, l'assuré a subi deux hospitalisations récentes, prouvées par certificat médical, joints au rapport de la Dresse H_____, dont les causes sont mal définies. 14. Il ressort surtout du rapport des ÉPI du 5 juillet 2013 que sur la période intramuros de la mesure, du 8 avril au 24 mai 2013, l'assuré a été présent trente jours sur trente et un, soit 97%. L'absence était due à une maladie et justifiée par un certificat médical. Toutefois, concernant les stages en entreprise prévus du 27 mai au 7 juillet 2013, l'assuré n'a pas pu les effectuer au vu de la dégradation de son état de santé et n'a pu être présent que deux jours sur trente, soit moins de 1 %. Les vingt-huit jours d'absences étaient dus à une maladie et dûment justifiés par certificat médical. En accord avec l'OAI, il a été sorti des effectifs au terme du mandat, soit le 7 juillet 2013. Le rapport des ÉPI n'a pu porter que sur une évaluation intramuros. L'évaluation extramuros a été rendue impossible, précisément du fait de l'état de santé de l'assuré. Non seulement aucune constatation n'a pu être tirée de cette deuxième partie de stage, mais l'absence de l'assuré tendrait à confirmer une éventuelle incapacité de travail. 15. A aucun moment le SMR ne prend des conclusions claires sur le stage aux EPI. Dans le rapport du SMR du 18 juillet 2013, le Dr D_____ se limite à mentionner l'incapacité de travail de l'assuré pendant le stage et de relever que les causes ne sont pas

clairement documentées. Le rapport SMR du Dr J_____ du 14 octobre 2013 se borne à reprendre la même phrase que son confrère pour conclure que du point de vue médico-théorique, rien n'est changé.![endif]>![if> La décision litigieuse se limite à mentionner le stage d'orientation professionnelle du 8 avril 2013 au 7 juillet 2013, pour retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cette conclusion n'est pas convaincante dès lors que le stage extramuros de l'assuré n'a tout simplement pas pu avoir lieu, de surcroît pour des raisons médicales. 16. Par ailleurs, tant par son comportement au long de la procédure que par son attitude vis-à-vis des traitements, l'assuré a toujours manifesté sa volonté de retravailler et sa motivation à pouvoir se procurer des revenus qui lui permettent de maintenir son niveau de vie. Le médecin-traitant a confirmé la volonté de son patient de reprendre une activité professionnelle compatible avec son état de santé, ce qui tend à confirmer que l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle, ou suivre un stage, aurait des causes médicales qu'il convient d'investiguer en détail.![endif]>![if> 17. La chambre de céans constate que le dossier n'a pas été suffisamment instruit sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les constatations médicales n'ont pas été valablement complétées par des renseignements d'ordre professionnel et n'ont pas permis d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail.![endif]>![if> Le degré d'invalidité ne pouvant en conséquence être déterminé, il convient de renvoyer le dossier à l'OAI pour complément d'instruction afin de déterminer précisément quelle influence a chacune des trois atteintes à la santé sur la capacité de travail et quelles sont les conséquences sur la capacité de travail du cumul de ces affections. Le bien-fondé d'une nouvelle mesure d'orientation professionnelle auprès des établissements publics pour l'intégration (ci-après ÉPI) devra être analysé en fonction des résultats des investigations médicales. 18. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision litigieuse sera annulée en tant qu'elle refuse au recourant une rente supérieure à un quart de rente. Le dossier sera renvoyé à l'office cantonal de l'assurance invalidité pour déterminer si le droit à une rente supérieure à un quart de rente est réalisé et pour complément d'instruction dans le sens des considérants.![endif]>![if> 19. Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.![endif]>![if> **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable ;![endif]>![if> Au fond : 2. L'admet partiellement ;![endif]>![if> 3. Annule la décision en tant qu'elle refuse au recourant une rente supérieure à un quart de rente ;![endif]>![if> 4. Renvoie la cause à l'office cantonal de l'assurance invalidité pour déterminer si le droit à une rente supérieure à un quart de rente est réalisé et pour complément d'instruction dans le sens des considérants ;![endif]>![if> 5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé ;![endif]>![if> 6. 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.![endif]>![if> La greffière Brigitte BABEL

La présidente Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN 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.