REPUBLIQUE ET  **CANTON DE GENEVE**

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1288/2007 **ATAS/1378/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 29 novembre 2007

En la cause

Monsieur L_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI — recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE — intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Violaine LANDRY ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur L_____, né en septembre 1947, peintre indépendant depuis mars 1995, a chuté d'une échelle en octobre 2002. A la suite de cet accident, il a été dans l'incapacité de travailler jusqu'en mars 2003, date à laquelle il a repris son travail à 50% pour terminer les travaux en cours. A compter du mois de mai 2003, il a cessé toute activité.

2. Le 24 septembre 2003, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI), en invoquant des vertiges et une arthrose.

3. Dans un rapport daté du 22 novembre 2003, son médecin-traitant, la Dresse A_____, a indiqué que l'assuré l'avait consultée le 1er octobre 2002 pour d'importantes douleurs au niveau de la colonne lombaire irradiant au niveau des membres et accompagnées de fourmillements et de blocages au niveau cervico-dorsal, apparues au début de l'année 2002 et s'aggravant de jour en jour. Le médecin a ajouté que son patient se plaignait également de maux de tête, de douleurs abdominales, d'angoisses, d'asthénie, de tremblements, de troubles du sommeil et de vertiges, même en position couchée.

   La Dresse A_____ a attesté d'une incapacité totale de travail du 1er octobre 2002 au 16 mars 2003, suivie d'une période d'incapacité à 50 % jusqu'au 7 mai 2003, date à partir de laquelle l'incapacité a à nouveau été totale. Elle a retenu les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire et séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, discopathie et protrusion discale aux niveaux C3-C4, C5-C6, C6-C7, discopathie L5-S1 et canal lombaire et cervical étroit. Le médecin a également mentionné une suspicion de fibromyalgie, des vertiges, une tendinite aux épaules, des gonalgies gauches sur gonarthrose et arthrose fémoro-patellaire, une sigmoïdite aiguë sur maladie diverticulaire, des épigastralgies sur gastrite aiguë, un état anxio-dépressif aigu et des lombosciatalgies aiguës gauches. Elle a estimé que l'état de santé de son patient ne lui permettait pas d'exercer la moindre activité lucrative (pièce 13 OCAI).

4. Interrogé par l'OCAI, le Dr B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu dans un rapport daté du 18 juin 2004, les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode moyen (2003), vertiges (2002), gonalgies gauches (2002), cervico-dorso-lombalgies (2002) et épigastralgies. Il a conclu à une incapacité totale de travail dans la profession de peintre à compter du 20 octobre 2002. Il a constaté un ralentissement psychomoteur, une irritabilité et une fatigabilité accrue et a fait état de crises anxieuses avec tremblements et sensation de froid. Le médecin a estimé que ces affections psychiques entraînaient une

incapacité de travail de 50 % en raison du ralentissement psychomoteur et de la fatigabilité de son patient (pièce 34 OCAI).

5. Le dossier de l'assuré a été soumis à la division de réadaptation professionnelle qui a retenu qu'il se plaignait de douleurs diffuses au niveau de toutes les articulations, ainsi qu'aux niveaux de la nuque et du dos et qu'il était également suivi par un psychiatre pour un état dépressif aggravé depuis la mort accidentelle d'un de ses fils en mai 2003.

   D'un point de vue économique, la division de réadaptation a constaté que l'assuré a réalisé avant son incapacité de travail un chiffre d'affaires assez stable, se situant entre 32'907 fr. et 35'736 fr., de sorte qu'après déduction des charges relatives à l'exercice de son métier, son bénéfice net se situait aux environs de 20'000 fr. Le revenu hypothétique sans invalidité en 2003 a été fixé plus précisément à 21'744 fr. (pièce 35 OCAI).

   Ce revenu a été comparé à celui qu'aurait pu réaliser l'assuré en exerçant à 50% une activité adaptée à son état de santé, et en tenant compte d'une baisse de rendement de 20 %, soit 23'126 fr. (Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique [ESS 2002] : 4'557.- par mois pour 40h./sem., soit 4'751.- par mois pour 41,7 h./sem., soit 57'008.- en 2002, soit 57'816.- en 2003, soit 28'908.- à mi-temps, soit 23'126.- après diminution de 20 %). De cette comparaison des revenus, il est ressorti un degré d'invalidité de 0% (pièce 42 OCAI).

6. Par décision du 24 juin 2005, l'OCAI a donc refusé à l'assuré le droit à des prestations d'invalidité. Il a considéré que ce dernier était parfaitement apte à exercer une activité lucrative adaptée à son état de santé, à mi-temps. Il a toutefois été précisé à l'assuré que s'il souhaitait qu'une aide au placement lui soit accordée, il pouvait en faire la demande; il devrait alors participer activement aux mesures proposées en faisant lui-même des recherches d'emploi et justifier des efforts entrepris à cet égard.

7. Par courrier du 29 août 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a contesté être en mesure de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit. A cet égard, il s'est référé au rapport médical de la Dresse A_____ ainsi qu'à celui du Dr B_____. Il a ajouté que d'ailleurs, toutes ses tentatives pour reprendre une activité s'étaient soldées par des échecs. Il a relevé que si le Dr B_____ lui a reconnu une capacité de travail à 50 %, c'est en raison de ses seules affections psychiques. Il a ajouté que depuis lors, son état s'était aggravé et qu'un examen IRM avait mis en évidence une déchirure des ligaments de l'épaule (Dr C_____). Par ailleurs, un carcinome était apparu au niveau du nez de l'assuré et avait justifié une intervention chirurgicale le 25 octobre 2004 (Dr D_____). Enfin, de nouveaux polypes étaient apparus au niveau de l'intestin (Dr E_____). En conclusion, l'assuré a reproché à l'OCAI de n'avoir pas

tenu compte de toutes les affections qu'il présente. Il a demandé que soit mise sur pied une expertise médicale multidisciplinaire permettant d'évaluer correctement l'incidence de ses atteintes à la santé sur sa capacité de travail.

8. Dans un rapport daté du 28 septembre 2005, le Dr E_____, spécialiste FMH en gasto-entérologie et médecine interne, a posé les diagnostics de polype rectal excisé et hernie hiatale, en précisant qu'aucune de ces pathologies digestives n'empêchait le patient de travailler (pièce 58 OCAI).

9. Le Dr Luigi D_____, spécialiste FMH en dermatologie, a quant à lui indiqué, dans un rapport du 28 septembre 2004, que l'assuré souffrait certes d'un zona ophtalmique et d'un carcinome mais que ces deux diagnostics n'avaient pas de répercussion sur sa capacité de travail (pièce 59 OCAI).

10. Dans un rapport du 10 octobre 2005, le Dr B_____ a confirmé que, d'un point de vue psychique, une capacité de travail à 50 % était possible (pièce 61 OCAI).

11. Le Dr Francesco C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué le 26 octobre 2005, que l'assuré avait subi une rupture complète de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et qu'il souffrait d'arthrose acromioclaviculaire bilatérale. Il a préconisé du repos et émis un mauvais pronostic s'agissant de la reprise du travail en tant que peintre. Il ne s'est en revanche pas prononcé sur une éventuelle incapacité de travail, se référant pour cela au médecin-traitant (pièce 62 OCAI).

12. Le Dr F_____, du Service médical régional AI (SMR) a exprimé son opinion dans un document daté du 25 avril 2006 (pièce 72 OCAI).

    Il a relevé qu'au niveau du rachis, l'assuré souffrait de lésions dégénératives qui ne se sont pas modifiées de façon notable depuis 2002 puisqu'il y avait déjà alors des lésions des épaules. L'assuré a malgré tout pu travailler à mi-temps entre mars et avril 2003 pour terminer des travaux en cours. Il était donc capable d'une certaine capacité de travail, même dans un travail pénible; il faut en conclure qu'une activité plus légère aurait d'autant plus été possible à cette époque à 50 %.

    Est ensuite survenu le décès de son fils en 2003, mais le psychiatre a indiqué ultérieurement que la capacité résiduelle de travail était toujours de 50 % et l'a encore confirmé en octobre 2005.

    La situation a ensuite évolué avec une rupture tendineuse au niveau de l'épaule droite au mois d'août 2005. A compter de ce moment, selon le Dr F_____, la capacité de travail de l'assuré doit être considérée comme nulle pour des activités manuelles, même si le Dr C_____, orthopédiste, estime possibles des mesures professionnelles. La présence d'une périarthrite de la hanche ne vient que

confirmer cette incapacité totale, alors que l'atteinte de la prostate, la fracture au pied, le cancer de l'aile du nez et la possible consommation excessive d'alcool sont sans importance notable.

13. Une expertise a été demandée au Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, médecine psychosociale et psychosomatique, qui a rendu son rapport en date du 25 septembre 2006 (pièce 79 OCAI).

    Ce médecin s'est basé sur le dossier médico-assécurologique de l'office AI, sur un entretien avec le Dr B_____, sur les pièces médicales que lui a adressées le médecin-traitant de l'assuré, et sur les différents bilans radiologiques effectués.

    Après une analyse détaillée de ces différents documents, le médecin a retenu les diagnostics de troubles dégénératifs importants du rachis cervico-dorso-lombaire, rupture totale de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite suite à un conflit sous-acromial, coxarthrose gauche paucisymptomatique, ostéoporose probable, suspicion d'hypertension artérielle et état dépressif persistant de degré moyen.

    L'expert a conclu à une totale incapacité de travail dans le métier de peintre.

    Le Dr G_____ a encore précisé par courrier du 13 novembre 2006 que la déchirure totale de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite suite à un conflit sous-acromial se traduit par une diminution importante de la force musculaire, tant dans les mouvements d'abduction que dans la rotation externe, de sorte que l'assuré est incapable de travailler dans la position exigée par son métier de peintre (pièce 85 OCAI).

14. Par décision sur opposition du 5 mars 2007, l'OCAI a admis l'opposition formée le 29 août 2005. Il a annulé sa décision du 24 juin 2005 et reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente depuis le 1er octobre 2003 puis à une rente entière à compter du 1er novembre 2005. L'OCAI s'est basé sur le résultat de l'expertise pluridisciplinaire confiée au Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, qui a rendu son rapport en date du 25 septembre 2006. Ce médecin a en effet considéré que la capacité de travail pouvait être considérée comme nulle au vu de l'ensemble des pathologies décrites. Dès lors, le SMR a admis que la situation s'était manifestement dégradée suite à l'accident survenu en août 2005. Pour la période antérieure, il a jugé que la capacité de travail était de 50 % dans l'activité exercée précédemment.

15. Par courrier du 29 mars 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il demande qu'une rente entière lui soit octroyée pour la période du 1er octobre 2003 au 31 octobre 2005 en lieu et place d'une demi-rente. Le recourant fait valoir que l'expertise médicale du Dr G_____ n'a en rien scindé deux périodes d'incapacité de travail puisqu'il lui reconnaît clairement une incapacité totale de travail dès le mois d'octobre 2002. Il en tire la conclusion qu'après l'échéance du

délai d'attente d'une année, il a droit à une rente entière dès le 1er octobre 2003. Selon lui, ni l'expertise du Dr G_____ ni aucun autre élément médical ne permet de retenir la thèse de l'intimé, à savoir qu'il n'aurait droit qu'à une demi-rente du 1er octobre 2003 au 31 octobre 2005.

16. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 24 mai 2007, a conclu au rejet du recours.

17. Le 6 juillet 2007, l'OCAI a par ailleurs rendu deux décisions en faveur de l'assuré. Dans la première, il a fixé le montant dû à titre rétroactif pour la période du 1er octobre 2003 au 31 octobre 2005, celui de la rente entière due à compter du 1er novembre 2005.

EN DROIT

1. 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'art. 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures introduites après le 1er janvier 2003 devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

4. A ce stade de la procédure, seule reste litigieuse la question de savoir si l'assuré devrait se voir octroyer une rente entière - en lieu et place d'une demi-rente - pour la période du 1er octobre 2003 au 31 octobre 2005.

5. De l'art. 4 al. 1 LAI, il ressort que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé

physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

6. Il convient de rappeler que 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). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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 352 ss consid. 3).

8. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge pas l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

9. En l'espèce, les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont clairement établies. Reste à examiner leur incidence sur la capacité de travail de l'intéressé pour la période d'octobre 2003 à octobre 2005 uniquement.

Certes, la Dresse A_____ a-t-elle conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité. C'est le lieu de rappeler que 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Il n'est pas contesté qu'au niveau du rachis, l'assuré souffrait, durant la période considérée, de lésions dégénératives. Force est cependant de constater, ainsi que l'a relevé le Dr F_____, que l'assuré a malgré tout pu travailler à mi-temps entre mars et avril 2003 pour terminer des travaux de peinture en cours, ce démontre qu'il avait conservé une capacité de travail résiduelle même dans le travail pénible qui était le sien.

Ce taux de 50% est confirmé par l'appréciation du Dr B_____. S'il est vrai que ce dernier ne s'est prononcé que sur le plan psychique, il n'y a cependant pas lieu d'additionner les empêchements physiques et psychiques; un taux de capacité de travail global de 50% est suffisant pour tenir compte à la fois du ralentissement moteur et de la fatigabilité évoqués par le psychiatre et des limitations induites par les affections rhumatologiques. Cela est d'ailleurs implicitement corroboré par l'expertise du Dr G_____. Il est erroné de soutenir que ce dernier s'est prononcé sur la période antérieure au mois d'octobre 2005. Il s'est contenté d'indiquer qu'il y avait incapacité de travail de 20% au moins depuis octobre 2002 et que l'état de l'assuré ne s'est pas amélioré depuis lors. Pour le reste, ses considérations sur la capacité de travail du recourant ne concernent que le moment où il a réalisé son expertise. D'ailleurs, le Dr G_____ a justifié la totale incapacité de travail de l'assuré alors retenue essentiellement par la rupture de la coiffe des rotateurs, survenue en août 2005, et par l'aggravation de l'état dépressif, postérieure à octobre 2005.

Quant aux autres affections invoquées par le recourant dans son opposition, force est de constater qu'elles sont sans répercussions sur sa capacité de travail, ainsi qu'en ont attesté les Drs D_____, E_____, et C_____. En conséquence, il n'y a pas lieu de s'écarter du taux de capacité de travail résiduelle retenu par l'OCAI pour la période d'octobre 2003 à octobre 2005, lequel se confond en l'occurrence, durant cette période, avec le degré d'invalidité.

10. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.

4. 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	La présidente
Janine BOFFI	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