

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2333/2013

ATAS/72/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 janvier 2014

9ème Chambre

En la cause

Madame G _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Astrid MARTIN

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente; Maria Esther
SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame G_____ (ci-après l'assurée), née en 1964 au Maroc, au bénéfice d'un baccalauréat obtenu en 1982, s'est établie en Suisse à une date qui ne ressort pas clairement du dossier mais qui se situe entre 1989 et 1991. Mariée le 5 décembre 1991 à Monsieur G_____, ressortissant suisse, elle a obtenu la nationalité suisse. Divorcée en juin 1993, elle a notamment bénéficié de prestations de chômage de décembre 1993 à juin 1994 et a travaillé en février, mars, juillet, août et septembre 1995 (extrait du compte individuel du 17 mai 2011). En 2009, l'assurée a suivi un séminaire de vente pour la bijouterie et l'horlogerie.
2. Du 26 mai au 9 juin 2010, l'assurée a été hospitalisée à la Clinique LA LIGNIERE (ci-après la Clinique).
3. Par rapport du 15 juin 2010, le Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès de la Clinique, a diagnostiqué une claustrophobie et agoraphobie avec trouble panique, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et un abus intermittent réactionnel d'alcool et de nourriture. L'assurée était en larmes, triste, déprimée, avec des idées noires persistantes, sans idéation suicidaire active. Le contact était très réservé chez une patiente phobique. Après son divorce, l'assurée avait tenté de travailler, mais n'avait pas pu le faire en raison de la présence d'une agoraphobie intense accompagnée d'attaques de panique pour lesquelles un seul essai professionnel avait dû être interrompu après un mois.
4. Le 3 mai 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI).
5. Par rapport du 23 mai 2011, la Dresse M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble panique avec agoraphobie (F40.1) depuis 1989, un trouble dépressif majeur, épisode isolé (F32.2) depuis novembre 2010, une dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.2) et un trouble de la personnalité dépendant (F60.7) depuis l'âge adulte. L'assurée, que le médecin suivait depuis le 18 novembre 2010, souffrait depuis l'adolescence d'un trouble anxieux qui s'était aggravé lors de son arrivée en Suisse en 1989, mais surtout depuis cinq ans, à savoir depuis que son dernier compagnon avait pris ses distances. Ce trouble était tellement envahissant qu'il mettait la patiente dans l'incapacité de sortir de chez elle pour faire les courses, se rendre aux rendez-vous, faire les activités de la vie quotidienne, excepté si elle avait consommé de l'alcool. Elle avait toujours vécu au crochet d'hommes fortunés qui subvenaient à ses besoins. Lors de la séparation d'avec son ami - une relation qui avait duré 15 ans -, elle avait décidé de débiter une thérapie pour traiter son trouble anxieux et regagner son autonomie. Néanmoins, elle était actuellement très invalidée par son trouble et n'était pas en mesure de travailler. L'incapacité de travail en tant que vendeuse était totale depuis 1989 et les limitations fonctionnelles indiquées par le médecin étaient valables depuis 1996.

6. Par rapport du 30 mai 2011, la Dresse N_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, un trouble panique et une claustrophobie depuis 2001 au moins. L'assurée, que le médecin suivait depuis avril 2001, souffrait d'attaques de panique avec hyperventilation, des tremblements et une angoisse; elle ne pouvait pas prendre de bus, conduire, voire sortir de chez elle selon les jours. A la question de savoir depuis quand l'assurée présentait une incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins, le médecin a répondu que l'assurée n'avait pas exercé de profession depuis de nombreuses années.
7. Dans un avis du 10 juin 2011, l'OAI a indiqué que l'assurée était femme au foyer.
8. Par rapport du 11 octobre 2011, la Dresse N_____ a notamment expliqué que l'assurée ne travaillait pas depuis de nombreuses années en raison de son handicap. Elle était aidée financièrement par son compagnon, qui l'avait récemment quittée.
9. Du 14 novembre au 14 décembre 2011, l'assurée a été hospitalisée à la Clinique.
10. Par rapport du 26 novembre 2011, la Dresse M_____ a indiqué que la dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.2) existait depuis l'an 2000. L'assurée n'avait pas évolué sur le plan clinique car elle avait rarement pu arriver aux entretiens psychothérapeutiques étant donné qu'elle devait s'alcooliser massivement avant de sortir de chez elle, si elle décidait de sortir. Cela avait conduit à projeter une hospitalisation pour un sevrage d'alcool, qui était en cours depuis le 14 novembre 2011. Elle présentait notamment une forte anxiété dans les situations de la vie quotidienne qui la rendait incapable de réaliser les activités de tous les jours. La capacité de travail était nulle dans toute activité, l'assurée n'ayant aucune formation.
11. Par rapport du 28 décembre 2011, le Dr L_____ a fait état d'une persistance et de l'aggravation de l'état dépressif sévère avec idées noires persistantes (projet de défénéstration) compliqué par des attaques de panique, une claustrophobie et une agoraphobie connues depuis l'adolescence.
12. Par avis du 9 février 2011 (recte: 2012), la Dresse O_____, médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci-après SMR), a estimé nécessaire de soumettre l'assurée à une expertise psychiatrique.
13. Par rapport du 17 décembre 2012, le Dr P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse Q_____, médecin interne au département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève, ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une agoraphobie avec trouble panique (F40.00) depuis 1978, des phobies spécifiques (F40.2) depuis 1978, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.3) depuis 2006, des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1) depuis 1991.

L'assurée souffrait de troubles anxieux phobiques dont elle avait pris conscience à l'âge de 14 ans. Il s'agissait de phobies spécifiques telles que l'obscurité, les espaces clos et le feu, ainsi que d'une agoraphobie avec crainte de quitter son domicile, la peur des foules, des endroits publics, des magasins et de voyager seule (en voiture, en bus, en avion) ou de se déplacer sans accompagnement. Ces phobies, manifestées avec une gravité sévère, s'accompagnaient par des attaques de panique sous forme de sentiment d'être gelée, des picotements et une sensation de blocage de salive, de bouche sèche avec rots à répétition et palpitations. De plus, l'assurée était connue pour des consommations d'alcool fluctuantes de longue date, dans un but anxiolytique face aux facteurs phobogènes. Enfin, le trouble dépressif se manifestait par une thymie triste, un grand sentiment de dévalorisation et de culpabilité, un désespoir et un sentiment d'anxiété par rapport à l'avenir, des idées de mort passives et un sentiment de tension interne et d'irritabilité.

Arrivée en Suisse en 1990, l'assurée avait commencé peu après la consommation d'alcool dans le but de faire face à ses phobies. En 1992, l'assurée avait débuté un suivi psychiatrique, mais qui restait ponctuel en raison de la difficulté de sortir de la maison et de se rendre jusqu'au cabinet des médecins. En 2006, dans le contexte de difficultés de couple amenant à une séparation, l'assurée avait présenté une baisse de thymie avec désespoir, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité avec la présence d'idées noires et des troubles du sommeil en faveur d'un état dépressif sévère, sans périodes d'amélioration de la thymie décrite jusqu'au jour de l'expertise.

Au niveau professionnel, après avoir accompli sa maturité, l'assurée avait travaillé au Maroc en tant que secrétaire dans une entreprise d'ascenseur pendant une période d'un mois. Elle avait ensuite été licenciée en raison d'absences répétées liées à ses phobies de la voie publique et de la foule. Par la suite, elle avait travaillé dans une société de télévision pendant un mois et dans une boulangerie pendant quatre jours avant de donner son congé en raison d'absences répétées dans le même contexte. En 1993, elle avait travaillé pendant six semaines en tant que réceptionniste dans un hôtel, emploi qu'elle avait quitté en raison de harcèlements de la part du patron. Elle avait ensuite travaillé pendant un mois comme vendeuse, mais avait été licenciée en raison d'absences répétées. En 1999, elle s'était inscrite à l'académie de langues et de commerce à Genève, études qu'elle avait arrêtées après un an en raison d'absences répétées. En 2009, elle avait accompli une formation en bijouterie et horlogerie d'une durée de six semaines.

En raison des troubles constatés, l'assurée présentait des limitations psychiques et mentales qui la privaient de toute capacité de travail dans toute activité. La capacité de travail résiduelle était nulle car l'expertisée présentait des troubles anxieux phobiques qui l'empêchaient de sortir de son domicile, engendraient des conduites d'évitement et la privaient de son autonomie avec une répercussion sévère sur la thymie, accentuée par les consommations d'alcool.

Selon le dossier AI, une incapacité de travail de 20% au moins existait depuis 1989; l'expertisée n'avait jamais pu tenir un poste de travail de plus de six semaines en raison d'absences répétées durant la période de travail en lien avec son agoraphobie et des conduites d'évitement. Le degré d'incapacité de travail n'avait pas évolué depuis lors. Enfin, selon les experts, des mesures de réadaptation pourraient être envisageables après une prise en charge psychothérapeutique, visant un lieu de travail avec un minimum de facteurs phobogènes (éviter la foule, les magasins, un poste de travail à proximité du domicile). En l'absence de consommation d'alcool, une activité professionnelle prenant en compte ces limitations pourrait être exigée à 50%.

14. Par avis du 8 avril 2013, la Dresse R_____, médecin auprès du SMR, a retenu, sur la base des conclusions de l'expertise, que le début de l'incapacité de travail durable remontait à 1978 et que l'incapacité de travail était totale dans toute activité depuis lors.
15. Dans une note de travail datée du 17 avril 2013, l'OAI a relevé que l'assurée, d'origine marocaine, était établie en Suisse depuis 1990. Au vu des circonstances personnelles et financières, il convenait de retenir que l'assurée avait un statut d'actif, car sans atteinte à la santé elle devrait travailler pour subvenir à ses besoins, de sorte que c'était la méthode générale de comparaison des revenus qui devait être utilisée. L'affection était jugée incapacitante depuis 1989 au plus tard, de sorte que l'invalidité était survenue avant l'entrée sur le territoire suisse et les conditions de l'art. 6 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; 831.20) n'étaient pas remplies.
16. Par projet de décision du 22 avril 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser les prestations car son invalidité était survenue avant son établissement en Suisse, de sorte que l'assurée ne remplissait pas les conditions de l'art. 6 al. 2 LAI applicable aux ressortissants étrangers.
17. Le 23 mai 2013, l'assurée a contesté le projet, faisant valoir qu'à son arrivée en Suisse en 1991, sa maladie ne représentait pas un handicap, ni sur le plan professionnel, ni social. Ce n'était qu'en 1992, que sa maladie s'était réellement développée, lorsqu'elle avait subi un avortement très traumatisant, suivi d'une intervention d'ablation d'une partie de son foie. En 1995, elle avait décidé de se prendre en mains, de ne plus dépendre de son compagnon, mais sa maladie était devenue à tel point handicapante qu'elle n'était plus apte à travailler. Par ailleurs, on ne pouvait lui reprocher de n'avoir pas travaillé à son arrivée en Suisse et il ne pouvait en être déduit une quelconque incapacité de travail à cette époque. Elle et son mari avaient choisi un mode de vie et une répartition des rôles au sein du ménage traditionnels, sans que l'on puisse en déduire qu'elle n'avait pas la capacité d'exercer alors une activité lucrative. D'ailleurs, elle avait bénéficié de prestations de l'assurance-chômage en 1993 et 1994, ce qui n'aurait pas pu être le cas si elle avait été en incapacité de travailler. Enfin, elle avait acquis la nationalité suisse en 1991, de sorte que l'art. 6 al. 2 LAI ne lui était pas applicable.

18. Par décision du 21 juin 2013, l'OAI a confirmé son projet de refus de mesures professionnelles et de rente. C'était depuis 1978 que les problèmes de santé de l'assurée entraînaient une incapacité de travail totale dans toute activité. Le début de l'incapacité de travail durable était donc fixé en 1978, et l'invalidité était survenue une année après, soit en 1979, soit avant son établissement en Suisse, et son incapacité de gain était entière depuis lors. A cette date, l'assurée était de nationalité marocaine, de sorte que les conditions de l'art. 6 al. 2 LAI, applicable aux ressortissants étrangers, n'étaient donc pas remplies.
19. Par acte du 15 juillet 2013, l'assurée, représentée par son mandataire, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle explique être arrivée en Suisse en 1991, année de son mariage et de l'acquisition de la nationalité suisse. Nonobstant des difficultés reconnues, à cette époque sa maladie ne représentait pas un handicap professionnel. Auparavant, elle avait passé avec succès son baccalauréat en sciences expérimentales en 1982 et avait pu travailler au Maroc. Ce n'était qu'en 1992 que sa maladie s'était réellement développée. En 1993 et 1994, elle avait bénéficié de prestations de l'assurance-chômage et c'est en 1995 qu'elle n'était plus apte à travailler. L'intimé avait fixé arbitrairement, sans document probant, le début de l'incapacité de travail en 1978. Or, il n'était pas formellement établi que son incapacité de travail avait débuté avant 1995. Elle n'avait pas travaillé à son arrivée en Suisse, car avec son époux, ils avaient choisi un mode de vie et une répartition des rôles traditionnels au sein de leur ménage. D'ailleurs, elle avait bénéficié de prestations de l'assurance chômage en 1993 et 1994, ce qui n'aurait pas pu être le cas si elle avait été en incapacité de travailler. Enfin, lorsqu'elle avait déposé sa demande de prestations en mai 2011, la recourante était de nationalité suisse, de sorte que l'examen du droit aux prestations devait se faire selon cette nationalité.

A l'appui de son recours, la recourante produit notamment l'extrait du compte individuel du 17 mai 2011, dont il résulte notamment qu'entre 1998 et 2008, la recourante a perçu des revenus annuels entre 3'861 fr. et 4'406 fr.

20. Par réponse du 12 septembre 2013, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs exposés dans la décision querellée. Il ajoute que ce n'est pas l'acquisition de la nationalité suisse qui est déterminante, mais la date de la survenance de l'invalidité. La recourante présentait des atteintes à la santé incapacitantes depuis 1978, notamment un trouble dépressif récurrent avec épisode sévère depuis 2006. Tous les documents faisaient remonter la claustrophobie, l'agoraphobie et les troubles de panique à l'adolescence de la recourante, soit avant son arrivée en Suisse. Le début de l'incapacité de travail en 1978 n'avait pas été retenu de manière arbitraire, mais avait été fixée par l'expert dans son rapport du 18 décembre 2012, sur la base des déclarations de la recourante. Le fait d'avoir réussi son diplôme et d'avoir pu travailler quelques mois au Maroc n'était pas incompatible avec les atteintes à la santé dont la recourante souffrait et le fait qu'elle ait par la suite

entrepris et quitté dans de brefs délais des activités lucratives (un mois, six semaines) démontrait bien que la recourante travaillait au-dessus de ses forces. Vu la survenance de l'invalidité en 1978, la recourante ne remplissait pas les conditions pour l'ouverture du droit à la rente.

21. Par réplique du 8 octobre 2013, la recourante fait notamment valoir que l'intimé omet d'une manière particulièrement choquante de tenir compte de sa nationalité suisse, acquise en 1991. Par ailleurs, ce n'était pas sur la base d'éléments objectifs et établis que l'intimé avait déterminé la date de la survenance de l'invalidité en 1978. Elle rappelle avoir débuté l'automédication par l'alcool après son arrivée en Suisse et avoir, dès 1992, entamé un suivi psychiatrique en raison de troubles anxieux. Aucun psychiatre ne lui avait suggéré qu'elle serait invalide et aucun médecin ne lui avait conseillé de déposer une demande de prestations auprès de l'intimé. Il était donc surprenant de retenir que l'invalidité serait survenue en 1978. Les experts ne disposaient d'aucun élément objectif pouvant établir que, par leur nature et leur gravité, les phobies dont elle souffrait étaient à tel point invalidantes qu'elles la rendaient incapable de travailler. Elle avait à plusieurs reprises entrepris de se réinsérer professionnellement, mais la répartition des tâches adoptée avec l'homme qui partageait sa vie entraînait en contradiction avec la reprise d'une activité professionnelle.
22. Par duplique du 30 octobre 2013, l'intimé fait valoir que même si on admettait que l'acquisition de la nationalité devait avoir une influence sur l'analyse du droit à la rente de la recourante et que l'on appliquait à cette dernière les conditions d'assurance valables pour les ressortissants suisses au moment de la survenance de l'invalidité, un droit à la rente ne pourrait malgré tout pas être reconnu, faute d'une durée de cotisations individuelle suffisante. S'agissant de la date de la survenance de l'incapacité de travail, que son début soit fixé en 1978, 1989, 1991 ou en 1992, cela ne modifiait pas la situation dès lors que dans tous les cas, les conditions d'assurance n'étaient pas remplies.
23. Après avoir adressé une copie de cette écriture à la recourante, la Cour de céans a gardé la cause à juger.

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 1er 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 LAI.
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.

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).

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).

En l'espèce, la décision litigieuse du 21 juin 2013 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 (ATFA non publié 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).

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable, (art. 56ss LPGA).
4. Est litigieuse la question de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité, et en particulier, la date à laquelle est survenue son invalidité.
5. Il convient au préalable de déterminer si, comme le fait valoir l'intimé, le droit aux prestations de la recourante doit être examiné selon les dispositions applicables aux étrangers.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2000, l'art. 6 al. 1 aLAI contenait une clause d'assurance: les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides avaient droit aux prestations conformément aux dispositions de la LAI, s'ils étaient assurés lors de la survenance de l'invalidité. L'art. 6 al. 1 aLAI a été modifié avec effet au 1er janvier 2001 par le ch. 1 de l'annexe à la modification de la LAVS du 23 juin 2000 (RO 2000 2677 et 2682) en ce sens que la clause d'assurance a été supprimée. L'art. 6 al. 1 LAI prévoit désormais que les ressortissants suisses et

étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions ci-après; l'art. 39 est réservé.

La suppression de la clause d'assurance est l'expression de la volonté du législateur de ne plus accorder la même importance qu'autrefois aux conditions d'assurance (Message du 28 avril 1999 concernant une modification de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants [révision de l'assurance facultative], FF 1999 4617 ch. 214). L'absence au moment de la survenance du cas d'assurance d'une condition permettant l'ouverture du droit ne peut plus désormais empêcher, de manière générale et pour une durée illimitée, tout réexamen du cas. A cet égard, la jurisprudence a précisé que si un ressortissant étranger acquérait à un moment déterminé la nationalité suisse, l'examen de son droit à des prestations des assurances sociales suisses doit se faire, à compter de ce moment précis, selon les règles applicables aux ressortissants suisses (ATF non publié 9C_1042/2008 du 23 juillet 2009, consid. 3.2. et 3.3 et les références; ATFA non publié I 592/02 du 8 juillet 2003, consid. 1.2).

En l'occurrence, la recourante, qui a déposé sa demande de prestations en 2011, est ressortissante suisse depuis 1991.

Il s'ensuit que, conformément à la jurisprudence précitée, son droit aux prestations doit s'examiner selon les règles applicables aux ressortissants suisses, de sorte que la condition imposée par l'art. 6 al. 1 aLAI - soit le fait d'être assuré au moment de la survenance de l'invalidité – ou les conditions spéciales imposées aux étrangers selon l'art. 6 al. 2 LAI, ne trouvent pas application dans le cas d'espèce.

6. a) 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.

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).

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par 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 (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

c) 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).

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).

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).

d) Pour évaluer le degré d'invalidité d'un assuré, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (cf. art. 28a LAI).

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201RS 831.201]). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI). Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour déterminer la méthode applicable, il faut se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références).

Il n'est pas permis – exception faite d'une situation claire (par exemple en cas d'incapacité de travail totale) – de fixer sans autre un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail retenue par les médecins (RCC 1962 p. 441).

L'office AI doit toujours examiner si, et au besoin dans quelle mesure, la capacité de travail résiduelle est utilisable au mieux et quel revenu pourrait ainsi être réalisé dans l'accomplissement des travaux raisonnablement exigibles. De même, lorsque la méthode spécifique est appliquée, c'est la comparaison concrète des champs d'activités et non pas l'appréciation de l'incapacité de travail faite par les médecins qui est prépondérante (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, établie par l'OFAS [CIIAI], n°3004)

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI (dans sa version en vigueur à partir du 1er janvier 2008), ont droit aux rentes ordinaires de l'assurance-invalidité, les assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent trois années entières au moins de cotisations. L'art. 36 al 1 aLAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoyait que les assurés avaient droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité, si lors de la survenance de l'invalidité, ils comptaient une année entière au moins de cotisations.

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à la santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b; ATF 126 V 160 consid. 3a).

Tant et aussi longtemps que l'assuré ne remplit pas - abstraction faite de toute clause d'assurance - les conditions matérielles ouvrant droit à la prestation considérée, on ne saurait tenir l'invalidité pour survenue (SVR 1998 IV no 9 p. 36 consid. 2 b/bb). Ainsi, en ce qui concerne le droit à une rente, le moment déterminant est celui à partir duquel l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 pour cent en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI) et qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI); il survient toutefois au plus tôt le premier jour du mois qui suit son dix-huitième anniversaire (art. 29 al. 1 LAI; ATF 126 V 9 consid. 2b).

Lorsqu'un assuré qui n'exerçait pas d'activité lucrative au moment de la survenance d'une atteinte à sa santé peut encore accomplir ses travaux habituels dans une mesure supérieure à 60 %, les conditions matérielles du droit à la rente ne sont en principe pas réunies et l'invalidité n'est pas réputée survenue tant que cette situation demeure. S'il s'avère ultérieurement qu'en raison de changements dans sa situation économique et personnelle, cette personne reprendrait l'exercice d'une activité lucrative, mais qu'elle en est empêchée par son état de santé déficient, elle pourra exiger, pour l'avenir, que son taux d'invalidité soit évalué selon la méthode générale de comparaison des revenus. Si le taux d'invalidité qui en résulte lui ouvre droit à une rente, l'invalidité sera réputée survenue, en règle générale, à l'échéance du délai d'attente, ce délai commençant à courir au plus tôt lorsque le changement de méthode d'évaluation de l'invalidité est devenu approprié (ATFA non publié I 780/02 du 1er mai 2003, consid. 4.3.2 et les références citées).

7. 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).

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 œuvre 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; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

8. a) En l'occurrence, l'intimé a retenu que l'invalidité de la recourante serait survenue en 1979, soit avant son arrivée en Suisse, de sorte qu'au moment de la survenance de l'invalidité, la recourante ne totalisait pas une année de cotisations comme l'exigeait l'art. 36 al. 1 aLAI. La recourante fait valoir, quant à elle, qu'elle a travaillé avant d'arriver en Suisse et qu'elle s'est consacrée à la tenue de son ménage lors de son arrivée en Suisse. Son invalidité ne serait survenue qu'au moment où elle a souhaité reprendre, en 1995, l'exercice d'une activité lucrative.

L'issue du litige dépend du point de savoir à partir de quand les atteintes à la santé de la recourante ont entraîné une incapacité de travail dans une mesure de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, l'invalidité est de 40% au moins. Une fois déterminée la date de la survenance de l'invalidité, la condition relative aux cotisations prévue par l'art. 36 al. 1 aLAI et LAI pourra être examinée.

L'intimé, en se fondant sur le rapport du 8 avril 2013 de la Dresse R_____, a retenu que les atteintes à la santé dont souffre la recourante entraînent une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 1978.

Sur le plan médical, s'il apparaît que la recourante présente effectivement des troubles psychiques depuis 1978, la Cour de céans constate néanmoins qu'aucun médecin ayant examiné la recourante n'a fait état d'une incapacité de travail totale dans toute activité depuis cette année-là, soit depuis ses 14 ans. Si les troubles déjà présents en 1978 ont pu certes avoir une certaine influence sur la capacité de travail de la recourante, on ne saurait toutefois déduire de l'absence d'une activité lucrative ou des seules explications fournies par la recourante, l'existence d'une incapacité de travail totale depuis cette date.

Force est donc de constater que l'instruction menée par l'intimé ne permet pas de confirmer que le début de l'incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne sur une année serait survenu en 1978, comme l'a retenu l'intimé.

Par ailleurs, les pièces versées à la procédure ne permettent pas non plus de déterminer la date à laquelle aurait débuté cette incapacité de travail déterminante. En effet, à la question de savoir depuis quand il existe une incapacité de travail de 20% au moins, les experts ont indiqué "depuis 1989, selon le dossier AI de l'expertisée" (point 2.5 du rapport d'expertise du 17 décembre 2012). En l'occurrence, il apparaît que le seul rapport faisant état d'une incapacité de travail dès 1989, est celui établi par la Dresse M_____ le 23 mai 2011. Or, l'indication fournie par la Dresse M_____ ne saurait, sans autre instruction, être retenue puisque cette spécialiste, qui suit la recourante seulement depuis novembre 2010, n'explique pas sur quels éléments elle s'appuie pour fixer le début de l'incapacité de travail en 1989, alors que les limitations fonctionnelles ne seraient présentes, selon ce médecin, que depuis 1996. En outre, à la lecture de son rapport,

il semblerait que la Dresse M_____ ait retenu l'année 1989 comme étant l'année de l'arrivée de la recourante en Suisse et l'année au cours de laquelle une aggravation de son état de santé serait survenue. Or, la recourante déclare dans son recours être arrivée en Suisse en 1991, alors que les experts font état, quant à eux, de son établissement en Suisse en 1990 (p. 4 du rapport d'expertise du 17 décembre 2012).

On relèvera également qu'il apparaît par ailleurs que la recourante a débuté un suivi psychiatrique en 1992 (p. 6 du rapport d'expertise du 17 décembre 2012). Or, il aurait été utile d'obtenir des renseignements auprès des médecins consultés à l'époque.

Force est donc de constater qu'aucune pièce médicale ne permet d'établir depuis quand une incapacité de travail de 40% en moyenne au moins a existé pendant une année, sans interruption notable.

En outre, l'instruction menée par l'intimé ne permet pas non plus de répondre à la question de savoir si une capacité de travail résiduelle a existé et, le cas échéant, depuis quand et quelle a été son évolution.

Les experts ont certes expliqué que si la recourante venait à traiter les troubles liés à la consommation d'alcool, sa capacité de travail dans une activité adaptée serait de 50% compte tenu de l'ensemble des autres troubles, à savoir l'agoraphobie avec troubles de panique, les phobies spécifiques et le trouble dépressif récurrent. Cette estimation porte toutefois uniquement sur la période postérieure à l'expertise. Les experts ne se sont en effet pas prononcés sur la question de savoir si la recourante présentait une capacité de travail résiduelle lorsque celle-ci souffrait uniquement de l'agoraphobie avec troubles de panique et de phobies spécifiques, étant rappelé que le trouble dépressif récurrent n'est, quant à lui, apparu qu'en 2006. Or, dans la mesure où les experts ont estimé que la recourante présenterait, sans consommation d'alcool, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée compte tenu de l'ensemble des troubles, il ne peut être exclu que la recourante ait également présenté une capacité de travail résiduelle de 50%, voire même supérieure, lorsque seules l'agoraphobie avec troubles de panique et les phobies spécifiques étaient présentes.

En l'absence d'éléments médicaux portant tant sur le début de l'incapacité de travail durable que sur une éventuelle capacité de travail résiduelle, la Cour de céans n'est pas en mesure de déterminer le moment de la survenance de l'invalidité. La cause devra donc être renvoyée à l'intimé pour instruction médicale complémentaire.

b) Par ailleurs, un doute existe également quant au statut d'actif retenu par l'intimé, étant rappelé que la méthode d'évaluation du taux d'invalidité dépend du statut de la recourante.

En effet, il apparaît que l'intimé n'a diligenté aucune enquête pour déterminer ce que la recourante aurait fait si elle avait été en bonne santé et a fixé, sans autre instruction, un statut d'actif à compter de 1978.

Or, au vu des éléments versés à la procédure, la Cour de céans ne saurait retenir que la recourante avait un statut d'actif à compter de 1978, soit dès ses 14 ans, et que ce statut serait resté inchangé. La recourante a certes expliqué qu'entre l'obtention de son baccalauréat en 1982 et sa venue en Suisse au début des années 90, elle aurait travaillé un mois en tant que secrétaire, puis un mois dans une société de télévision, puis quatre jours dans une boulangerie. Ces faits ne sont toutefois pas attestés et en l'absence d'instruction portant sur sa situation personnelle, familiale et sociale avant son arrivée en Suisse, on ne saurait retenir, comme l'a fait l'intimé, que sans atteinte à la santé, la recourante aurait exercé une activité à plein temps à compter de 1978. Ensuite, une fois arrivée en Suisse, la recourante, sans formation, n'a pas exercé d'activité lucrative. Mariée en décembre 1991, elle n'a pas non plus exercé d'activité lucrative pendant la durée de son mariage. Elle a expliqué qu'il s'agissait du mode de vie souhaité par elle et son époux. Suite au divorce prononcé en juin 1993, la recourante a effectué des recherches d'emploi de décembre 1993 à juin 1994, sans que l'on puisse dire si les recherches portaient sur une activité à plein temps ou à temps partiel. En outre, selon l'extrait du compte individuel du 17 mai 2011, la recourante a exercé une activité lucrative en février, mars, juillet, août et septembre 1995. L'intimé n'a cependant pas non plus cherché à savoir s'il s'agissait d'une activité à plein temps ou à temps partiel. La recourante a ensuite vécu une relation amoureuse pendant une quinzaine d'années avec son compagnon qui l'a entretenue financièrement et, en 2009, elle a suivi un séminaire de vente pour l'horlogerie et la bijouterie. Enfin, il résulte également de l'extrait du compte individuel précité, qu'entre 1998 et 2008, la recourante a perçu de très faibles revenus annuels (entre 3'861 fr. et 4'406 fr.), à titre d'indépendante semble-t-il, étant précisé que l'exercice par la recourante d'une activité indépendante ressort également des données informatisées de l'Office cantonal de la population.

S'il apparaît effectivement que suite à son divorce, puis suite à sa récente séparation, les circonstances exigeaient de la recourante qu'elle exerce une activité lucrative pour subvenir à ses besoins – sans que l'on puisse encore déterminer, à défaut d'instruction sur ce point si, sans atteinte à la santé, l'activité aurait été à plein temps, à temps partiel, salariée ou indépendante - tel ne semble pas avoir été le cas ni à son arrivée en Suisse, ni pendant la durée de son mariage, ni pendant la relation longue de quinze ans avec son compagnon.

Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans ne saurait confirmer le statut d'actif à compter de 1978, tel que retenu par l'intimé. La Cour de céans ne disposant pas des éléments nécessaires pour fixer le statut de la recourante – actif, mixte, ménager et/ou indépendant – étant précisé que le statut semble avoir évolué compte tenu des circonstances personnelles de la recourante, il y a également lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction sur ce point.

La cause n'étant, de l'avis de la Cour de céans, pas suffisamment instruite pour lui permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction

complémentaire sur le plan médical et concernant le statut de la recourante, puis nouvelle décision.

9. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que la décision du 21 juin 2013 est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
10. La recourante, représentée par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est accordée à titre de dépens [art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE – E 5 10)]. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 21 juin 2013.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte BABEL

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