

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2409/2016

ATAS/368/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 24 avril 2019**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à ONEX

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente ; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1963, a formé une demande de prestations à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI ou l'intimé), le 26 janvier 2011, indiquant être incapable de travailler depuis le 17 août 2010, à 100%, pour cause de maladie. Il précisait, pièces à l'appui, avoir travaillé en dernier lieu, à 100%, du 1<sup>er</sup> juillet 2009 au 31 janvier 2010 pour B\_\_\_\_\_ et du 15 février au 24 février 2010 pour OSEO.
2. La doctoresse C\_\_\_\_\_, de la Fondation Phénix, a indiqué, dans un certificat médical du 15 novembre 2010, que l'assuré était en incapacité de travail pour cause de maladie depuis le 17 août 2010. Les diagnostics étaient : stress post-traumatique; trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique; anxiété généralisée; troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent; troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, actuellement abstinent.
3. Dans un rapport médical du 26 septembre 2011, la Dresse C\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que la capacité de travail de l'assuré était de 100% depuis le 12 septembre 2011, dans le poste de travail occupé en tant que technico-commercial.
4. Par décision du 16 mai 2012, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré, au motif que sa capacité de travail était de 100% dès août 2011.
5. À teneur d'une lettre de sortie signée par deux médecins du service de médecine interne générale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), le 26 juin 2014, l'assuré a séjourné du 13 au 26 juin 2014 dans le service de médecine générale en raison de douleurs thoraciques et dyspnée. Le diagnostic principal était : stéato-hépatite alcoolique avec ascite inaugurale. Les diagnostics secondaires étaient : NSTEMI, nouveau diagnostic de cirrhose CHILD B avec présence de varices de stade 2, syndrome de sevrage éthylique, anxiété. Les comorbidités actives étaient : tabagisme actif et éthylylisme (une bouteille de vodka par jour). Étaient mentionnées comme comorbidités inactives des cervicalgies et des lombalgies chroniques.
6. L'assuré a séjourné à la clinique genevoise de Montana, pour sevrage d'alcool notamment, du 26 juin au 24 juillet 2014, du 12 au 19 août 2014 et du 2 au 20 mars 2015.
7. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations à l'OAI le 24 juin 2015, annonçant une incapacité de travail dès le 13 juin 2013, à 100%, en raison de deux infarctus, un diabète de type 2 et une cirrhose.
8. Le professeur D\_\_\_\_\_, médecin adjoint, du service de gastroentérologie et d'hépatologie des HUG, a indiqué, dans un rapport médical adressé à l'OAI le 6 juillet 2015, que les symptômes actuels étaient des douleurs au thorax et à l'abdomen. Le constat médical était : ascite et ictère. Le pronostic était réservé à moyen-long terme. Il était recommandé de surveiller la fonction hépatique et une

prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire. La cause de l'incapacité de travail était une maladie. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient : cirrhose, obésité, diabète et cardiopathie ischémique. Un trouble dépressif était annoncé comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail.

9. Le docteur E\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne, a informé l'OAI, le 8 juillet 2015, que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient : surcharge pondérale; maladie alcoolique; cirrhose hépatique CHILD B avec varices oesophagiennes de stade 2; cardiopathie ischémique; NSTEMI inférieur et inféro-latéral le 13 juin 2014; syndrome obstructif modéré partiellement réversible; diabète NIR et état dépressif. Les symptômes actuels étaient un état dépressif modéré et une importante diminution de sa consommation d'alcool. L'incapacité de travail était de 100% dès le 21 octobre 2013 dans un travail dans le bâtiment. L'assuré était limité en raison de douleurs lombaires et cervicales, de son état dépressif et de la cardiopathie ischémique. L'activité exercée n'était plus exigible du point de vue médical. Le rendement était réduit de 100%. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable.
10. Selon un rapport de la clinique genevoise de Montana du 2 novembre 2015, l'assuré y a séjourné du 1<sup>er</sup> au 18 septembre 2015. Le diagnostic principal était un syndrome de dépendance à l'alcool, abstinent en milieu protégé.
11. Dans un rapport final du 19 avril 2016, la doctoresse F\_\_\_\_\_, médecin SMR, a relevé qu'il ressortait des éléments médicaux à disposition que l'atteinte cardiaque s'était rapidement stabilisée après la réhabilitation cardio-respiratoire, sans symptôme résiduel sous traitement pharmacologique. Il en était de même de la fonction hépatique et de la fonction rénale. La problématique principale résidait dans la dépendance à l'alcool, dont la nature devait être considérée comme primaire en l'absence de psychopathologie incapacitante. Les médecins notaient une mauvaise observance du traitement, l'assuré ayant décidé d'arrêter son traitement psychotrope et ne semblant pas avoir repris son suivi psychiatrique auprès du docteur G\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, comme préconisé lors des hospitalisations à Montana. Dans ce contexte, l'alcoolisme primaire, dont les complications s'étaient stabilisées sans limitations fonctionnelles, n'entraînait pas d'incapacité de travail durable au sens de l'assurance-invalidité. Il en était de même du trouble thymique modéré.
12. Par projet de décision du 2 mai 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune invalidité ne pouvait lui être reconnue et que le droit aux prestations de l'assurance-invalidité lui était refusé.
13. Le 13 mai 2016, l'assuré s'est opposé au projet de décision de l'OAI, faisant valoir que son état de santé s'aggravait et qu'il venait de rentrer de sa dernière hospitalisation.

14. Par décision du 16 juin 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision, précisant à l'assuré qu'il avait le devoir de diminuer le dommage et de faciliter toutes les mesures prises en vue de sa réadaptation à la vie professionnelle. À ce titre, il était invité à suivre un traitement approprié. Un sevrage concernant l'alcool était exigible.
15. L'assuré a formé recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 14 juillet 2016, faisant valoir son état de santé général et le fait qu'il était actuellement hospitalisé jusqu'au 1<sup>er</sup> août 2016. Il demandait le réexamen de son cas.
16. Le 10 août 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'hospitalisation récente annoncée par le recourant semblait postérieure à la décision litigieuse et devait faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. En tout état de cause, selon le SMR, la problématique principale de l'assuré résidait dans la dépendance à l'alcool, dont la nature devait être considérée comme primaire en l'absence de psychopathologie incapacitante. Les médecins consultés par le recourant relevaient une amélioration de l'état de santé lorsque la consommation d'alcool diminuait, ce qui confirmait la nature primaire de sa dépendance à l'alcool.
17. Le 10 juillet 2017, la chambre de céans a ordonné une expertise du recourant qu'elle a confiée à la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, considérant que le recourant n'avait pas fait l'objet d'une appréciation globale incluant les causes et les conséquences de sa dépendance et l'interaction entre celle-ci et la comorbidité psychiatrique.
18. À teneur de son rapport du 15 décembre 2017, l'experte a fondé son rapport sur les pièces du dossier, son anamnèse et l'examen clinique de l'expertisé ainsi que sur des entretiens téléphoniques avec son médecin traitant. Elle a posé les diagnostics somatiques de :
  - cirrhose hépatique d'origine éthylique depuis 2014, child A, avec varices œsophagiennes, hypertension portale ;
  - cardiopathie ischémique avec infarctus NSTEMI en 2014, akinésie et hypokinésie inférieure, fraction d'éjection 45-50% ;
  - diabète de type II depuis 2015, non insulino requérant ;
  - thrombopénie depuis 2015 ;
  - anémie depuis 2016 ;
  - bronchopneumopathie obstructive chronique de degré modéré, partiellement réversible, avec trouble de la diffusion ;
  - insuffisance veineuse des membres inférieurs stade II ;
  - polyneuropathie d'origine métabolique et toxique ;
  - obésité stade I.

Selon l'experte, la santé de l'expertisé s'était considérablement dégradée depuis 2014. Il cumulait les complications de médecine interne, nécessitant deux à trois séjours hospitaliers par année, cumulant plus de trente jours d'hospitalisation par

année. La fatigue était expliquée par les éléments conjugués suivants : anémie, cirrhose, insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie chronique obstructive. Il avait besoin de plus de douze médicaments par jour pour maintenir la fonction de ses organes. Cela se répercutait sur sa vie quotidienne, puisqu'il avait besoin de l'aide de ses proches pour les tâches ménagères et des infirmières pour gérer son traitement. Il éprouvait des difficultés à gérer sa propre santé : des examens médicaux n'étaient pas effectués (cardiologie, pneumologie, ophtalmologie), des factures de médecins n'étaient pas payées et il n'ouvrait pas toujours la porte aux infirmières de l'IMAD alors qu'il en avait besoin pour gérer ses médicaments. Sa capacité de travail était évaluée de 50% dans une activité sédentaire avec un rendement normal dès 2014. Une expertise psychiatrique était recommandée.

19. Le 10 octobre 2018, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique qu'elle a confiée au docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
20. À teneur de son rapport du 20 février 2019, l'expert psychiatre a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques; troubles mentaux et du comportement lié à l'usage d'alcool à visée anxiolytique et d'hypnotiques; trouble de la personnalité mixte dyssoziale et narcissique; idéation rigide et parfois inadaptée, comportement impulsif, voire abusif, faisant penser à une modification durable de la personnalité; altérations cognitives des fonctions exécutives et de la mémoire en particulier d'étiologie toxique encore en cours d'investigation. L'expertisé était dépendant. Au vu de l'anamnèse, du tableau clinique et de l'évolution thérapeutique, il ne s'agissait pas d'un alcoolisme primaire. L'expertisé présentait d'importants troubles du comportement, des mécanismes de défense archaïques et une altération grave de la personnalité antérieure à l'émergence et l'installation d'une dépendance alcoolique ou de substances toxiques. Sa dépendance avait entraîné des dépressions majeures récidivantes avec déni, impulsivité et troubles du comportement sévères, des maladies somatiques multiples, chroniques et des accidents. Ces affections étaient en partie la conséquence directe de la consommation de produits psychotropes. La dépendance alcoolique ainsi que les dépendances annexes (cocaïne) que l'expertisé avait présentées avaient fatalement affaibli, tant cognitivement que thymiquement, ses capacités de résolution de problèmes et de choix et ses motivations au changement. Cette dépendance résultait elle-même d'une atteinte à la santé mentale ayant valeur de maladie. Les atteintes psychiques préexistantes à la dépendance étaient le trouble grave de la personnalité et le trouble dépressif récurrent. L'incapacité de travail était complète à 100% depuis l'été 2014. L'expertisé évoluait très négativement tant sur le plan somatique que psychologique avec une accélération ces deux dernières années. Il existait une claire synergie entre ces deux niveaux et la symptomatologie somatique était actuellement au premier plan.
21. Le 1<sup>er</sup> mars 2019, le recourant a indiqué qu'il était d'accord avec les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_.

22. Le 1<sup>er</sup> avril 2019, l'intimée a informé la chambre de céans, sur la base d'un avis du SMR du 26 mars 2019, qu'il considérait que le rapport d'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ pouvait se voir accorder valeur probante. Il fallait en conséquence retenir une incapacité de travail totale du recourant dans toute activité depuis le mois de juin 2014.
23. Sur ce, la cause a été gardée 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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).

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

2. Interjeté dans le délai et la forme requise, le recours est recevable (art. 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA - E 5 10).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.
4. 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<sup>er</sup> janvier 2008).

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.

À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les

conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

5. 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).

Le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

6. En l'espèce, sur la base des conclusions des experts qui emportent conviction, il convient de retenir que le recourant est totalement incapable de travailler depuis l'été 2014 pour cause de maladie, ce qui n'est pas contesté par les parties.
7. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans leur teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).
8. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).
9. En l'espèce, le recourant étant totalement incapable de travailler dès l'été 2014, son droit à une rente entière d'invalidité est né dès l'été 2015 au plus tôt. Sa demande de prestations datant du 24 juin 2015, il a droit au versement de la rente six mois

plus tard, dès le 1<sup>er</sup> jour du mois durant lequel son droit prend naissance, soit dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015.

10. Il se justifie en l'espèce de mettre à la charge de l'intimé les frais des expertises, dès lors qu'il a procédé à une instruction manifestement insuffisante du cas. En effet, il aurait dû faire procéder à une appréciation globale incluant les causes et les conséquences de la dépendance du recourant et l'interaction entre celle-ci et la comorbidité psychiatrique (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).
11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 16 juin 2016 annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015.
12. Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant qui n'était pas représenté et n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA).
13. Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 16 juin 2016.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. Met les frais d'expertises à hauteur de CHF 8'442.75 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le