

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3747/2008

ATAS/833/2009

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 23 juin 2009

En la cause

Monsieur C_____, domicilié à MEYRIN, comparant par
Maître Monica KOHLER en l'Étude de qui il élit domicile

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, sis 97,
rue de Lyon, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Né en 1951, Monsieur C _____ (ci-après l'assuré ou le recourant) travaillait, en qualité de polisseur, au service de X _____ SA (ci-après l'employeur) depuis 1997.
2. Le 4 mars 2005, l'assuré a ressenti une vive douleur à l'épaule gauche en soulevant une charge d'une dizaine de kilogrammes.
3. Selon le compte-rendu opératoire établi par le docteur L _____ suite à l'intervention chirurgicale qu'il a réalisée le 23 mai 2005, le diagnostic comprenait une rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et une arthrose acromio-claviculaire.
4. Les 3 novembre et 20 décembre 2005, le docteur L _____ a attesté que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était « moyenne » en présence de douleurs et d'une diminution de force résiduelles. Le pronostic était réservé et une reprise de l'activité professionnelle, même adaptée, était prématurée, une faiblesse résiduelle définitive étant à craindre.
5. Selon le rapport médical établi le 17 février 2006 pour le compte de l'assurance-accidents par le docteur M _____, l'assuré avait notamment déclaré que, depuis l'intervention chirurgicale, les douleurs avaient un peu diminué mais, malgré la physiothérapie qu'il avait arrêtée au mois de janvier précédent, son épaule gauche ne présentait pas d'amélioration fonctionnelle. Les douleurs, localisées dans le moignon de l'épaule, étaient quasi permanentes, même au repos ; il ne pouvait pas dormir la nuit, ne pouvait pas se coucher sur le côté gauche et, dès qu'il essayait de se tourner, les douleurs étaient exacerbées. Le traitement prescrit, Dafalgan et Stilnox, ne suffisait pas.

L'examen clinique avait permis d'établir que la mobilité de l'épaule gauche se présentait comme suit : élévation antérieure limitée à 90°, avec difficulté et douleurs ; abduction à 80°, péniblement ; rotation externe limitée à 40% ; pouce lombaire à D10 ; en passif, l'abduction à gauche permettait d'atteindre 150° avec allégation de douleurs et sensation de grattage évident.

De l'examen radiologique du 15 février précédent, il ressortait notamment que la tête humérale gauche était ascensionnée, et l'espace sous-acromial restreint. Il n'y avait cependant pas d'évidence d'omarthrose.

Au chapitre de l'appréciation, le docteur M _____ exposait que l'examen effectué confirmait l'atteinte fonctionnelle majeure au niveau de l'épaule gauche. La situation n'était pas stabilisée, et le pronostic quant à une reprise de travail dans

l'activité de polisseur était très compromis. En l'état, une incapacité totale de travail était justifiée.

6. Par demande enregistrée à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI ou l'intimé) le 14 juillet 2006, l'assuré a sollicité le versement de prestations sous forme d'une rente.
7. Par décision du 22 septembre 2006, l'assurance-accidents a alloué une rente à l'assuré, sur la base d'un degré d'invalidité de 35%.
8. Selon un rapport de réadaptation établi le 8 mai 2007, l'assuré se plaignait de la persistance de douleurs à l'épaule gauche, qui étaient permanentes même au repos, et d'être très limité dans sa mobilité ; il ne pouvait faire aucun effort, même léger, sans ressentir des douleurs. L'assuré, qui avait énormément insisté sur les douleurs au bras et à son épaule gauche chez un gaucher dominant, ne se considérait plus apte à reprendre une activité professionnelle en raison de l'atteinte à sa santé. Il avait alors été informé de la possibilité de mettre en place une mesure d'orientation afin de définir les activités encore possibles mais, convaincu qu'il n'était plus apte à reprendre une quelconque activité professionnelle, il n'avait montré aucun intérêt.

En conclusion, il apparaissait que, dans ce contexte subjectif fortement négatif, toutes mesures professionnelles seraient vouées à l'échec. Pour le surplus, la comparaison des revenus avec et sans invalidité permettait de fixer à 41.9% le degré d'invalidité de l'assuré.

9. Par décision du 13 juin 2007 faisant suite à un projet du 9 mai précédent, l'OCAI a reconnu le droit de l'assuré au versement d'une rente entière d'invalidité pour la période comprise entre le 9 mars et le 30 septembre 2006, et d'un quart de rente à compter du 1^{er} octobre 2006.

À l'appui de sa décision, l'OCAI faisait en substance valoir qu'au vu des documents médicaux en sa possession, la capacité de travail de l'assuré était, dès le 23 juin 2006, entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Suite à l'amélioration de son état de santé en effet, le degré d'invalidité s'élevait depuis lors à 42%. Un tel degré d'invalidité était suffisant pour ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel de reclassement, raison pour laquelle le dossier de l'assuré avait été transmis au Service de réadaptation afin d'étudier la mise en place de telles mesures.

10. Par une nouvelle demande formée le 31 janvier 2008, l'assuré a sollicité de l'OCAI le versement d'une rente entière d'invalidité, motif pris de l'incapacité totale de travail due à l'accident du 4 mars 2005.

Annexés à la demande figuraient quatre certificats médicaux établis les 28 novembre 2007 et 28 janvier 2008 par le docteur N_____, médecin généraliste, à

teneur desquels la capacité de travail de l'assuré était nulle de novembre 2007 à février 2008.

11. Dans un rapport médical établi le 20 février 2008 à l'attention de l'assurance-invalidité (AI), le docteur N_____ a fait état des diagnostics suivants : rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, arthrose acromioclaviculaire, status post révision de la coiffe de l'épaule gauche avec échec de suture, section – ténodèse du tendon du long chef du biceps et acromioplastie, ainsi que résection du centimètre distal de la clavicule.

Au chapitre de l'anamnèse, le praticien faisait en outre état de la péjoration des douleurs de l'épaule gauche de son patient, avec douleurs au moindre mouvement et douleurs au repos, notamment nocturnes et causes d'insomnies, et l'apparition de paresthésies au moindre mouvement de la main gauche, irradiant jusque dans l'épaule. L'assuré se disait totalement incapable d'utiliser son bras gauche en raison de ces douleurs.

Le status de l'épaule gauche se présentait comme suit : abduction active limitée à 90° avec algie ; antéro-pulsion active limitée à 90° avec algie ; abduction passive à 150° avec craquement à la mobilisation ; pouce lombaire L1 à gauche, D8 à droite ; pouce cervicale C1 à peine possible à gauche, D3 à droite ; Tinel et Phalen positifs à gauche ; reflex ostéo-tendineux sans particularité et symétrique aux deux membres supérieurs.

12. D'un avis médical établi le 3 juin 2008 par le docteur O_____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), il ressort notamment que les plaintes et les limitations annoncées au docteur N_____ étaient les mêmes que celles exprimées lors de l'entretien de réadaptation du 24 avril 2007, de sorte qu'il ne paraissait pas y avoir eu d'aggravation manifeste depuis la décision du mois de juin suivant. Une demande de renseignements complémentaires au médecin traitant et, cas échéant, au docteur L_____ se justifiait néanmoins.

13. Par lettre adressée au docteur O_____ le 10 juin 2008, le docteur N_____ a notamment exposé ce qui suit. Le 9 avril précédent, l'assuré avait subi un électromyogramme, dont le résultat parlait en faveur d'une discrète neuropathie du nerf médian des deux côtés, plus prononcé à droite qu'à gauche. Il n'y avait pas d'indication opératoire.

S'agissant de l'épaule gauche, la modification des symptômes était apparue dans le courant de la deuxième moitié de 2007, sans qu'une date plus précise puisse être formellement indiquée.

14. De l'avis médical établi le 23 juin 2008 par le docteur O_____, une aggravation des douleurs au niveau de l'épaule gauche ne pouvait pas être exclue, mais elle se serait produite dans les semaines qui avaient suivi la décision du

13 juin 2007, alors que le manque de motivation de l'assuré avait entraîné la renonciation à des mesures professionnelles. Pour le surplus, la différence d'appréciation de l'invalidité par l'assurance-accidents et par l'AI ne s'expliquait pas et, hormis les plaintes, il n'y avait pas de différences notables du point de vue objectif depuis juin 2007.

Le praticien a confirmé ce point de vue dans un avis émis le 15 juillet 2008.

15. Par décision du 16 septembre 2008, qui faisait suite à un projet du 6 août précédent demeuré incontesté, l'OCAI a refusé l'augmentation de la rente d'invalidité sollicitée.

À l'appui de sa décision, l'administration faisait valoir qu'une aggravation de la situation qui avait conduit à l'octroi d'un quart de rente n'était pas démontrée. En particulier, les éléments objectifs recueillis entre 2006 et février 2008 étaient superposables en ce qui concernait les limitations de la mobilité de l'épaule gauche et les plaintes restaient les mêmes entre avril 2007 et février 2008.

16. Par mémoire adressé au Tribunal de céans le 17 octobre 2008 et complété le 21 janvier 2009, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, dont il demandait l'annulation. Préalablement, il sollicitait l'octroi d'un délai pour produire le dernier rapport médical du docteur N_____, ainsi que l'apport du dossier AI. Sur le fond, il concluait à ce qu'il soit constaté que son état de santé avait connu une nette péjoration conduisant à une augmentation de son taux d'invalidité, ainsi qu'à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir du 31 janvier 2008 et d'une rente entière à compter du 14 novembre 2008.

À l'appui de ses conclusions, le recourant fait en substance valoir que, de l'avis de son médecin, mêmes des tâches légères ne sauraient être requises de lui, aucune activité de type physique ne semblant être en adéquation avec ses problèmes de santé, son côté gauche étant totalement immobilisé alors qu'il se trouve être un véritable gaucher. Il appert clairement que, bien que l'atteinte à sa santé et, partant, à sa capacité de gain, ne soient pas contestées, l'intimé n'avait pas procédé à une instruction sérieuse à cet égard. Pire, l'argumentation de l'OCAI se trouvait en contradiction flagrante avec l'avis du docteur P_____, et il se gardait bien de mentionner que celui-ci avait constaté une aggravation manifeste de son état de santé.

D'autre part, dans son rapport du 17 février 2006, le docteur M_____ avait confirmé l'atteinte fonctionnelle majeure au niveau de son épaule gauche et conclu à une incapacité totale de travail. Or, si l'on s'en tenait aux constatations émises par l'OCAI le 9 mars 2006, son incapacité de travail s'étendait alors à tous les domaines d'activité et la perte de gain était à considérer comme totale. Cette constatation rejoignait en tous points le diagnostic posé par le docteur M_____, diagnostic identique à celui que laissait apparaître le rapport médical établi le 14 novembre 2008 par le docteur N_____. À cela s'ajoutait

une neuropathie du canal carpien gauche, dont le diagnostic, au printemps 2008, ne faisait que confirmer l'aggravation de son état de santé.

Pour le surplus, le rapport établi par le docteur N_____ le 14 novembre 2008 signalait qu'il était gaucher et qu'il ne pouvait donc pas exercer une activité professionnelle qui nécessitait des mouvements de l'épaule gauche, même de faible amplitude, ou le port d'une charge même minime par le membre supérieur gauche.

17. Par lettre adressée au Tribunal dans le délai imparti puis prolongé, soit le 12 mars 2009, l'intimé a déclaré conclure au rejet du recours. Il fait en substance valoir qu'une aggravation de l'état de santé du recourant n'était pas démontrée. Dans un avis du 2 mars précédent, annexé à la réponse, le SMR avait notamment relevé que les limitations objectives étaient identiques ou meilleures que lors de l'examen médical effectué pour le compte de l'assurance-accidents. Or, il ressortait de cet examen que le recourant avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.
18. Interpellé par le Tribunal, le docteur N_____ a, par lettre datée du 3 avril 2009, précisé ce qui suit. L'aggravation de la situation clinique du recourant n'était pas en relation avec l'apparition d'un nouveau diagnostic ou avec la modification du diagnostic initial. L'aggravation de la situation était uniquement liée à une aggravation de sa symptomatologie clinique. La symptomatologie douloureuse au niveau de l'épaule gauche s'était en effet aggravée dans le courant de l'année 2007, avec apparition de douleurs au moindre mouvement de l'épaule gauche, où même le balancement du bras à la marche était douloureux, ce qui n'était pas le cas en 2005.

Une radiographie de l'épaule gauche avait été réalisée le 30 mars 2009, qui démontrait de façon évidente et objective une ascension de la tête humérale avec absence de structure entre la tête humérale et la voûte de l'épaule, qui engendrait un frottement de la tête humérale sur l'acromion à chaque mobilisation de l'épaule. Ce conflit sévère expliquait parfaitement l'aggravation de la situation clinique.

Enfin, le praticien rappelait que le recourant est gaucher et qu'il travaillait comme polisseur, de sorte que sa capacité de travail est totalement nulle.

19. De l'avis médical établi le 19 mai 2009 par le docteur O_____, du SMR, il ressort notamment qu'il convient de distinguer la symptomatologie, qui est un élément subjectif fourni par le patient, de l'examen clinique qui peut fournir des éléments objectifs. Faute d'indices objectifs, le recourant ne démontrait pas la présence d'une modification de l'état de son épaule gauche entre 2006 et 2009.
20. Sur quoi, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettres du 27 mai 2009.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

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 130 V 230 consid. 1.1, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références citées). En particulier, les dispositions de la nouvelle du 6 octobre 2006 modifiant la LAI (5^e révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129), sont régies par ce principe.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 17 octobre 2008 conformément à l'art. 39 al. 1^{er} LPGA est recevable.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à la révision de sa rente d'invalidité, octroyée à hauteur d'un quart à partir du 1^{er} octobre 2006 par décision du 13 juin 2007.
5. Aux termes de l'art. 17 al. 1^{er} LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

À teneur de l'art. 88^{bis} al. 1^{er} let. a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la révision est demandée par l'assuré, l'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, dès le mois où cette demande est présentée.

L'art. 87 al. 3 RAI prévoit en outre que lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou

l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

À cet égard, le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Cela étant, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publiés des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

Il sied en outre de rappeler que, de jurisprudence constante, 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 celui-ci. Ainsi, il convient d'accorder plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. En l'espèce, l'instruction de la cause a permis d'établir que la décision du 13 juin 2007 a été prise en tenant compte des avis médicaux exprimés jusque là, desquels il ressortait notamment ce qui suit.

Fin 2005, l'évolution de l'état de santé du recourant après l'intervention chirurgicale réalisée par le docteur L_____ était jugée « moyenne » en présence de douleurs et d'une diminution de force résiduelles. Le pronostic était réservé et une reprise de l'activité professionnelle, même adaptée, était encore prématurée dès lors qu'une faiblesse résiduelle définitive était à craindre.

En février 2006, l'examen clinique conduit par le docteur M_____ avait permis d'établir que la mobilité de l'épaule gauche du recourant se présentait comme suit : élévation antérieure limitée à 90°, avec difficulté et douleurs ; abduction à 80°, péniblement ; rotation externe limitée à 40% ; pouce lombaire à D10 ; en passif, l'abduction à gauche permettait d'atteindre 150° avec allégation de douleurs et sensation de grattage évident. Le pronostic quant à une reprise de travail dans l'activité de polisseur était jugé très compromis.

En mai 2007, le recourant se plaignait de la persistance de douleurs à l'épaule gauche, permanentes même au repos, et d'être très limité dans sa mobilité. Il déclarait qu'il ne pouvait faire aucun effort, même léger, sans éprouver ces douleurs. Gaucher dominant, le recourant ne se considérait plus apte à reprendre une activité professionnelle en raison de l'atteinte à sa santé.

La décision de l'OCAI du 16 septembre 2008 a, d'autre part, été prise en tenant compte des constatations médicales suivantes. En novembre 2007, soit un peu plus de quatre mois après l'entrée en force de la décision d'octroi d'un quart de rente d'invalidité, la docteur N_____ avait certifié, sans plus de précision, que l'assuré était totalement incapable de travailler. En février 2008, puis en avril 2009, ce praticien a précisé que son patient se plaignait de la péjoration des douleurs à l'épaule gauche au moindre mouvement et même au repos, lesquelles étaient la cause d'insomnies. Il se plaignait en outre de l'apparition de paresthésies au moindre mouvement de la main gauche, qui irradiaient jusque dans l'épaule. Le recourant se disait totalement incapable d'utiliser son bras gauche en raison de ces douleurs.

Le status de l'épaule gauche se présentait notamment comme suit : abduction active limitée à 90° avec algie ; antéro-pulsion active limitée à 90° avec algie ; abduction passive à 150° avec craquement à la mobilisation ; pouce lombaire jusqu'à L1 à gauche ; pouce cervicale à C1 à peine possible.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que les plaintes du recourant sont demeurées pratiquement inchangées avant et après la décision du 13 juin 2007. Il apparaît en outre que le status de son épaule gauche est demeuré largement superposable : élévation antérieure limitée à 90°, avec algie, inchangée ; abduction active à 80°, puis à 90° ; abduction passive à 150° avec sensation de grattage, inchangée ; jonction pouce lombaire en L1, puis en D10. De même, les résultats de la radiographie réalisée en mars 2009 ne diffèrent pas de ceux auxquels était parvenu le docteur M_____ en février 2006.

De telles constatations commandent de considérer que l'état de santé du recourant n'a pas connu de modification sensible ou notable, quoi qu'en dise le docteur N_____, son médecin traitant, qui n'a nullement objectivé l'aggravation symptomatologique alléguée par son patient.

Pour le surplus, rien n'indique non plus que les conséquences de l'état de santé inchangé du recourant sur sa capacité de gain aient subi un changement important.

Partant, c'est à bon droit que, faute d'un motif clair ressortant du dossier, l'OCAI a rejeté la demande de révision du 31 janvier 2008.

Enfin, il y a lieu de rappeler qu'en vertu de l'art. 7 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être

raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité (al. 1^{er}). Il doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 14a), de mesures d'ordre professionnel (art. 15 à 18 et 18b) et de traitements médicaux au sens de l'art. 25 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie.

7. L'art. 69 al. 1^{bis} LAI, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr.

L'émolument, arrêté à 200 fr., sera mis à la charge du recourant, qui succombe.

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

Statuant

À 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 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (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

Brigitte BABEL

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG

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