



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4306/2018

ATAS/1089/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 26 novembre 2019**

**9<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à MEYRIN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Cyril AELLEN

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Maria COSTAL et Andres PEREZ, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant turc né le \_\_\_\_\_ 1966, est arrivé en Suisse en 1995. Depuis lors, il a travaillé en tant qu'employé d'entretien, de cuisinier, d'ouvrier sur machines (plieur-sertisseur-sableur), d'employé de voirie et d'opérateur CNC (Computer Numerical Control).
2. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013, l'assuré est sans emploi.
3. Le 19 novembre 2014, l'assuré a porté à la connaissance de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI), dans le cadre d'une détection précoce de l'invalidité, son incapacité de travail depuis le mois de mars 2014 en raison d'une atteinte chronique à son bras droit.
4. Le 8 décembre 2014, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en endocrinologie-diabétologie FMH et médecine interne, également médecin traitant de l'assuré, a informé l'OAI que son patient souffrait essentiellement d'un diabète de type II traité par des antidiabétiques oraux et d'une tendinopathie avec épicondylite chronique au niveau du membre supérieur droit, pathologie pour laquelle il était suivi par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en maladies rhumatismales et médecine interne. L'assuré présentait également une hyperthyroïdie substituée, un reflux gastro-œsophagien et un status post traumatisme cranio-cérébral (ci-après : TCC) bénin. L'élément incapacitant concernait essentiellement la pathologie du membre supérieur droit et c'était dans ce contexte qu'un reclassement professionnel était nécessaire.
5. Dans un rapport du 17 décembre 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a évoqué, au niveau de l'épaule droite, une tendinopathie et une épicondylite chronique apparue dans un contexte d'exposition professionnelle. L'assuré n'avait répondu que moyennement au traitement. S'y étaient greffées des douleurs de l'ensemble du bras droit, en lien avec une discopathie C6-C7.
6. Le 23 janvier 2015, l'assuré a adressé à l'OAI une demande de prestations d'invalidité en raison de problèmes au bras droit, diabète, thyroïdie et reflux gastrique.
7. Le 3 février 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a repris les diagnostics d'épicondylite droite, de tendinopathie de l'épaule droite et de dysesthésies du membre supérieur droit, existants depuis mi-2013. S'y ajoutait une discopathie C5-C6-C7. L'évolution était défavorable et le pronostic mauvais. L'incapacité de travail était totale depuis le 17 novembre 2014 en raison de difficultés à utiliser le membre supérieur droit. En revanche, l'exercice d'une activité adaptée était possible à raison de quatre heures par jour, les limitations fonctionnelles étant les suivantes : pas d'activité impliquant le travail avec les bras au-dessus de la tête, ni le port ou le soulèvement de charges (loin et près du corps). L'utilisation des deux mains était également limitée.
8. Une IRM du coude droit, réalisée le 19 février 2015, a mis en évidence des anomalies compatibles avec une enthésopathie des extenseurs du carpe.

9. L'assuré a alors été adressé au docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, spécialiste de la main, lequel a relevé, dans un courrier adressé le 13 mars 2015 au Dr C\_\_\_\_\_, que l'examen clinique avait mis en évidence des cordes très tendues au niveau des muscles épicondyliens latéraux. Il n'y avait pas de déficit dans le territoire du nerf radial mais de discrètes irradiations nerveuses dans le territoire du nerf musculo-cutané. Il n'y avait pas non plus de syndrome irritatif à la percussion de la zone épicondylienne. L'IRM précitée avait objectivé une épicondylite latérale avec des dégénérescences des muscles et une fragilisation longitudinale au niveau des extenseurs communs des doigts longs. Une des solutions était probablement chirurgicale. Il existait toutefois une certaine mémorisation de la douleur dans ce type d'épicondylites chroniques et des résultats complets ne pouvaient être garantis. Un allongement au niveau de l'avant-bras pouvait se justifier. Il devait s'accompagner d'une période de repos de deux mois avec un stretching progressif des muscles qui allaient reprendre une course normale progressivement.
10. Par communication du 25 juin 2015, l'OAI a informé l'assuré que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas possibles pour le moment.
11. Le Dr D\_\_\_\_\_ a revu l'assuré en avril 2015 pour un traitement par ondes de choc, lequel n'a entraîné aucune amélioration, vu la persistance des douleurs et l'existence d'une mémorisation. Compte tenu du résultat du traitement, le médecin précité a considéré qu'il n'était pas certain que la chirurgie puisse apporter un bénéfice.
12. L'assuré a été examiné les 7 septembre et 5 octobre 2015 par les médecins du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur (ci-après : centre de traitement de la douleur) des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Selon le rapport du 7 octobre 2015, les diagnostics étaient ceux d'épicondylite externe du coude droit, cervicalgies, brachialgies droites de caractère non radiculaire, céphalées chroniques, pangastrite chronique légère à modérée, hernie hiatale, hypothyroïdie substituée, diabète de type II, traumatisme crânien en 2012 et fracture du poignet en 1987. L'assuré présentait des douleurs du coude sur enthésopathie des extenseurs et supinateurs du poignet. Les médecins du centre de traitement de la douleur lui avaient expliqué la nature bénigne de l'atteinte, qui avait une évolution lente mais généralement favorable. Ils avaient également insisté sur l'importance de l'évitement des mouvements déclenchant les douleurs et lui avaient conseillé de consulter un physiothérapeute pour recevoir des conseils ergonomiques de protection de l'épicondyle. Les médecins du centre de traitement de la douleur étaient également d'avis que parallèlement, l'apprentissage de techniques de relaxation pouvait avoir un effet sur l'irritabilité et les douleurs, en favorisant la détente musculaire. Au niveau médicamenteux, ils proposaient la poursuite du traitement de paracétamol ainsi qu'un traitement anti-inflammatoire local, sous forme de patches. L'indication à un traitement antidépresseur devait également être discutée avec son psychiatre traitant.

13. L'OAI a sollicité des précisions du Dr C\_\_\_\_\_. Par courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2015, ce médecin a expliqué que le bilan clinique ne montrait pas de perturbation du status neurologique. Quant au status radiologique de la colonne cervicale, il avait mis en évidence un pincement postérieur C5-C6 et C6-C7. Les limitations fonctionnelles concernaient actuellement le coude droit et le rachis cervical. La capacité de travail dans une activité adaptée était toutefois entière.
14. Le 3 décembre 2015, l'assuré a été examiné par le docteur E\_\_\_\_\_, chef de clinique au centre de chirurgie et de thérapie de la main. À teneur du rapport y relatif, à l'anamnèse, ce médecin avait noté un status après fracture de l'extrémité distale du radius (ci-après : EDR) en 1997, consolidée avec une bascule dorsale de 15°. L'IRM montrait une dégénération au niveau de l'insertion du tendon de l'extenseur commun des doigts (ci-après : EDC). Cliniquement, l'assuré présentait des douleurs à la palpation de la région juste postérieure à l'épicondyle et des douleurs à la palpation du nerf interosseux postérieur. Les tests de provocation étaient positifs. Les traitements conservateurs n'ayant pas été concluants, les médecins du centre précité avaient proposé une solution chirurgicale, susceptible d'améliorer la symptomatologie, sous la forme d'une désinsertion des extenseurs (EDC et muscle court extenseur radial du carpe [ci-après : ECRB]) depuis l'épicondyle, d'une excision des parties dégénératives de ces deux tendons et d'une neurolyse du nerf interosseux.
15. Dans un rapport du 14 décembre 2015, la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué que l'assuré lui avait été adressé en avril 2015 par le Dr B\_\_\_\_\_ suite à une recrudescence d'une symptomatologie dépressive. Il présentait alors un trouble de l'adaptation, avec perturbation mixte des émotions et des conduites. Dès 2013, l'assuré a commencé à ressentir de fortes douleurs au coude droit, irradiant dans le bras et l'avant-bras avec insensibilité et faiblesse au niveau des deux derniers doigts de la main droite. Les douleurs s'aggravaient progressivement. Il craignait de ne plus pouvoir utiliser son bras et sa main droits, ce qui perturbait son état psychique. S'y ajoutaient des douleurs dorsales irradiant à la nuque et à l'occipital, aux épaules et aux yeux notamment. Les douleurs s'aggravaient malgré les nombreuses séances de physiothérapie, la prise d'antalgiques et la réalisation d'infiltrations. L'assuré ne supportait plus ses douleurs et ne se sentait pas compris par les médecins dans sa souffrance physique et psychique. L'atteinte psychique entraînait de légères difficultés de concentration et d'attention, des ruminations et des douleurs somatiques, ce qui avait pour conséquence une baisse du rythme et du rendement au travail et une incapacité de travail totale depuis 2013. L'état psychique de l'assuré nécessitait un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré en ambulatoire. Un reclassement professionnel était indispensable.
16. Le 10 octobre 2016, la Dresse F\_\_\_\_\_ a encore précisé que l'état psychique de l'assuré s'était aggravé et ne lui permettait plus de travailler. Il se sentait faible, épuisé, impuissant, découragé, désespéré et dépassé. Il n'avait plus la patience et

---

s'énervait vite. Il avait bénéficié de séances de physiothérapie, d'acuponcture, d'ostéopathie et d'infiltrations, en vain. Il avait subi une intervention chirurgicale en date du 17 février 2016 mais n'était pas satisfait du résultat, les douleurs à l'épaule droite étant fortes et celles au niveau du coude s'aggravant de plus en plus. Il se plaignait également d'une insensibilité à la main droite et d'engourdissement aux 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts. L'assuré se disait déprimé avec une thymie triste. Après avoir décrit le status psychique, la Dresse F\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), rappelant pour le surplus les diagnostics somatiques. Pour la psychiatre précitée, l'état psychique empêchait l'assuré de reprendre une activité professionnelle.

17. Dans un courrier du 17 octobre 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a confirmé avoir opéré le coude droit de l'assuré en raison d'une épicondylalgie chronique. Lors de l'intervention, il avait constaté une tendinose très débutante au niveau de l'extenseur *carpi radialis brevis*, qu'il avait excisée. À la suite de l'intervention, le Dr E\_\_\_\_\_ n'avait noté aucune diminution de la symptomatologie, qui changeait d'une consultation à l'autre, le point maximum des douleurs n'étant jamais situé au même endroit. La mobilité restait complète et ce depuis le début du traitement. Selon l'assuré, toutes les activités, même mineures, étaient sources de douleurs. Cela étant, le Dr E\_\_\_\_\_ avait constaté une mobilité complète, l'absence de tuméfaction et de signes d'inflammation. C'est pourquoi, il avait suggéré à l'assuré de se rendre à l'évaluation multidisciplinaire de la clinique de la SUVA (vraisemblablement la Clinique romande de réadaptation – CRR). Le médecin précité suspectait toutefois que la perte de son emploi avait eu pour conséquence que l'assuré se focalise sur ses douleurs, raison pour laquelle il réitérait sa proposition d'évaluation multidisciplinaire et psychiatrique.

18. L'OAI a mandaté son service médical régional (ci-après : SMR) pour examen. À teneur du rapport établi le 5 juin 2018 par les docteurs G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, les diagnostics retenus étaient ceux de cervicalgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis cervical, possible coxarthrose droite et syndrome rotulien (avec répercussion sur la capacité de travail) et de tendomyogélose en cascade du membre supérieur droit dans le cadre d'un status après opération d'une épicondylite droite et d'un status après tendinopathie de l'épaule droite, épicondylalgies gauches, status après cure de deux hernies inguinales, diabète de type II non insulino-requérant, légère hypercholestérolémie anamnesticque, reflux gastro-œsophagien anamnesticque, ancien tabagisme, trouble anxio-dépressif mixte, phobie spécifique (acrophobie), hypothyroïdie substituée et discret excès pondéral (sans répercussion sur la capacité de travail).

L'examen psychiatrique avait plus particulièrement mis en évidence un trouble anxieux et dépressif mixte. En effet, l'assuré souffrait d'un discret abaissement de l'humeur, fluctuant. Il n'y avait en revanche aucun épisode dépressif caractérisé. Ce

trouble faisait naturellement suite au trouble de l'adaptation, par définition non incapacitant, diagnostiqué par la Dresse F\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 décembre 2015. Par ailleurs, les médecins du SMR ont considéré ce qui suit : « l'assuré ayant déclaré que son état ne s'était pas amélioré depuis ces dernières années, nous remettons en cause le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, retenu par la Dresse F\_\_\_\_\_, dans son rapport psychiatrique du 10.10.2016. De la même façon, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant retenu dans le même rapport n'est pas confirmé à ce jour : il n'existe aucun sentiment de détresse, aucune attitude antalgique, et les symptômes douloureux ressentis par l'assuré sont mis sur le même plan que ses autres difficultés (nervosité, inquiétudes concernant la situation politique de son pays, irritabilité) et ne constituent donc pas la préoccupation principale de l'assuré. Le 2<sup>ème</sup> diagnostic retenu est une phobie spécifique, en l'espèce, une acrophobie. Ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant. Au total, sur le plan psychiatrique, nous devons considérer que l'assuré n'a jamais présenté d'IT durable ».

Sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : s'agissant du rachis cervical : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque ; s'agissant des membres inférieurs : pas de genuflexion répétée, pas de franchissement d'escabeau ou d'échelle, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout de plus de dix minutes, pas de marche de plus de trente minutes. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles.

En raison des atteintes rhumatologiques, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'opérateur dans l'horlogerie et ce depuis le 17 novembre 2014. Elle était en revanche entière dans une activité adaptée dès le 17 août 2016, soit six mois après l'opération au coude droit.

19. Le 21 juin 2018, l'OAI a procédé à la comparaison des revenus. Retenant un revenu sans invalidité de CHF 51'704.-, correspondant à celui réalisé en 2012, et un abattement de 15 %, l'office précité a considéré que l'assuré ne présentait aucune invalidité.
20. Par projet du 2 juillet 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait le mettre au bénéfice d'une rente limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> novembre 2015 au 31 octobre 2016, le degré d'invalidité étant nul dès cette date.
21. Le 9 juillet 2018, l'assuré s'est opposé au projet précité, considérant qu'il lui était impossible d'avoir une activité quelle qu'elle soit.

22. Par courrier du 11 juillet 2018, l'OAI a imparti à l'assuré un délai au 12 septembre 2018 pour lui adresser tout complément médical susceptible de modifier le point de vue du SMR. Sans nouvel élément dans ledit délai, une décision de refus lui serait notifiée.
23. Le 22 août 2018, des certificats d'arrêt de travail pour les mois de juillet et août 2018, établis par les Drs F\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, ont été déposés auprès de l'OAI.
24. Par courrier du 13 septembre 2018, l'OAI a informé l'assuré que dans la mesure où la procédure d'audition était terminée, la caisse cantonale compétente lui ferait prochainement parvenir une décision sujette à recours.
25. Le 21 septembre 2018, la Dresse F\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assuré avait été victime d'un accident de la circulation le 15 septembre 2018, ayant eu pour conséquence deux fractures de la jambe gauche, opérées, et une fracture au niveau du bras gauche, plâtrée. Depuis cet accident, l'état psychique était déstabilisé et s'était aggravé. L'assuré se plaignait de troubles de la mémoire, de difficultés de concentration et de l'attention, d'une fatigue persistante, d'un état d'abattement et d'un manque d'élan vital. Il évoquait des ruminations morbides, une humeur triste et des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes. Il décrivait également une boule à la poitrine, des palpitations, des tremblements, des vertiges, des céphalées de tension, une brûlure de l'estomac, une faiblesse, des appréhensions, une tension interne, des muscles contractés et un souffle coupé. Enfin, il présentait un sentiment de culpabilité, de dévalorisation et de désespoir, évoquant une perte d'intérêt et de plaisir et une thymie triste.
26. Par courrier du 25 septembre 2018, l'OAI a informé l'assuré que la motivation de la décision avait été transmise à la caisse de compensation compétente. Le courrier de la Dresse F\_\_\_\_\_ ayant été reçu hors du délai de trente jours pour faire part des observations suite au projet de décision du 2 juillet 2018, il ne pouvait être pris en considération dans le cadre du droit d'être entendu. En cas de contestation de la décision rendue, l'assuré pouvait recourir auprès de la chambre de céans dans un délai de trente jours dès notification de la décision.
27. Le 22 octobre 2018, le Dr B\_\_\_\_\_ a également informé l'OAI de l'accident du 15 septembre 2018. L'assuré était toujours hospitalisé. Par conséquent, la décision de l'office précité devait être mise en suspens et la situation médicale devait être réévaluée dans quelques mois.
28. Par décision du 6 novembre 2018, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité entière pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2015 au 31 octobre 2016.
29. Le 7 décembre 2018, sous la plume de son conseil, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre la décision précitée concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision en question et, cela fait, à la constatation de son invalidité 100 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2015 et au renvoi à l'OAI s'agissant du droit aux mesures professionnelles ou à une rente. À l'appui de ses conclusions, il a

notamment reproché aux médecins du SMR de ne pas avoir tenu compte d'éléments pertinents pour l'expertise, considérant notamment que les opinions contraires de ses médecins traitants étaient aptes à mettre sérieusement en cause le rapport du SMR.

30. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu en date du 19 décembre 2018 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, considérant que le rapport du SMR revêtait une pleine valeur probante et que le fait que les médecins traitants du recourant aient une appréciation différente n'était pas déterminant selon la jurisprudence. Enfin, il convenait d'attendre l'expiration du délai de carence s'agissant de l'accident du 15 septembre 2018.
31. Par réplique du 22 février 2019, le recourant a rappelé que pour motiver l'absence d'incapacité de travail depuis le 17 août 2016, en raison d'une dépression, les experts s'étaient contentés de relever qu'il leur avait indiqué que son état ne s'était pas amélioré ces dernières années, ce qui suffirait à invalider le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 10 octobre 2016. Il était toutefois impossible pour une personne en bonne santé de comparer objectivement son état mental au jour « J » avec celui qui était le sien deux ans auparavant. Un tel exercice était encore moins aisé pour une personne atteinte d'un trouble anxieux et mixte au moment où elle était interrogée. Une telle manière de procéder ne saurait par conséquent répondre aux critères de motivation prévus par la jurisprudence. Ce faisant, les experts s'étaient contentés d'une simple déclaration pour déduire l'absence d'amélioration et, partant, remettre en cause les conclusions d'un psychiatre, et ce presque deux ans après la rédaction dudit rapport.
32. Le 28 mars 2019, l'intimé a produit sa duplique et a relevé que les médecins examinateurs ne s'étaient pas fondés sur les seuls dires du recourant pour affirmer que son état psychique s'était amélioré. Ils s'étaient, au contraire, basés sur le status clinique observé.
33. Par écriture du 17 avril 2019, le recourant a précisé qu'il reprochait aux médecins du SMR d'avoir remis en cause le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ établi deux ans auparavant, sur la seule base qu'au jour de l'expertise, il ne présentait pas de trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique. Cette remise en cause était fondée sur ses seules déclarations, selon lesquelles son état psychique ne s'était pas amélioré durant les dernières années. Le recourant a également pris note que selon l'intimé, son état psychique s'était amélioré entre la rédaction du rapport et l'expertise, ce qui contredisait le rapport du SMR, qui affirmait l'inverse.
34. 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), 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. À 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).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante du rapport des Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, médecins auprès du SMR.
5. a. 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, mentale ou psychique 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).
- b. 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il

---

importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

c. Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

6. a. 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 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

c. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont 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. À 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).

7. a. Dans sa jurisprudence antérieure au 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral faisait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il avait notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils fussent récurrents ou épisodiques, ne pouvaient être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révélaient résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires)

médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, avaient échoué. Ce n'était que dans cette hypothèse - rare, car il était admis que les dépressions étaient en règle générale accessibles à un traitement - qu'il était possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2<sup>ème</sup> phrase LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références ; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C\_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cette jurisprudence avait pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive devait reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2).

b. Le 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral a étendu sa jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Désormais, la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Le point de départ de l'évaluation précitée est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis mais aussi si, et comment, les limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne, qui sont présumées dans la classification, doivent être prises en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.1).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les

indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

8. a. 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).
- b. 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).
- c. 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.

---

Selon l'art. 43 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Conformément à l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, des services médicaux régionaux (ci-après : SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Fondé sur les données de son service médical, l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches, les SMR peuvent se prononcer sur dossier (art. 59 al. 2 bis LAI et 49 al. 1 RAI) ou examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI). L'OAI peut également confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 59 al. 3 LAI et 44 LPGA). Selon cette dernière disposition, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. À noter que l'art. 43 al. 2 LPGA prévoit que l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés.

L'art. 44 LPGA prévoyant les conditions de mise en œuvre d'une expertise externe indépendante ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Cela étant, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et ss ; ATF 125 V 351 consid. 3b ee ; ATF 123 V 175 consid. 3d ; ATF 122 V 157 consid. 1d ; aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport des Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ pour octroyer au recourant une rente limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> novembre 2015 au 31 octobre 2016.

À titre liminaire, il y a lieu de relever que les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont réalisé un examen sur la personne au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. En tant qu'il a été établi par des médecins du SMR, le rapport du 5 juin 2018 ne constitue pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, ce qui ne signifie pas pour autant que la valeur probante dudit document doit être niée d'emblée. Elle doit simplement être examinée conformément aux réquisits jurisprudentiels.

En l'occurrence, le rapport précité remplit sur le plan formel la plupart des exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document : il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas.

a. S'agissant de l'aspect rhumatologique, les médecins ont expliqué de manière convaincante que les atteintes constatées avaient entraîné certaines limitations fonctionnelles ainsi qu'une incapacité de travail jusqu'au 17 août 2016, soit six mois après l'intervention au coude gauche. Cette appréciation n'est pas contestée par le recourant. Dès lors, en application de l'art. 88a al. 1 RAI, il y a lieu de reconnaître au recourant le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2015 au 31 octobre 2016.

La décision entreprise sera confirmée sur ce point.

b. Le recourant conteste en revanche les conclusions du rapport en tant qu'elles portent sur le volet psychiatrique.

En l'occurrence, les médecins du SMR ont retenu un trouble anxio-dépressif mixte et considéré que le recourant n'avait jamais été incapable de travailler. Ils ont justifié leurs conclusions de la manière suivante : « L'assuré ayant déclaré que son état ne s'était pas amélioré depuis ces dernières années, nous remettons en cause le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, retenu par la Dresse F\_\_\_\_\_, dans son rapport psychiatrique du 10.10.2016. De la même façon, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant retenu dans le même rapport n'est pas confirmé à ce jour : il n'existe aucun sentiment de détresse, aucune attitude antalgique, et les symptômes douloureux ressentis par l'assuré sont mis sur le même plan que ses autres

difficultés (nervosité, inquiétudes concernant la situation politique de son pays, irritabilité), et ne constituent donc pas la préoccupation principale de l'assuré. Le 2<sup>ème</sup> diagnostic retenu est une phobie spécifique, en l'espèce, une acrophobie. Ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant. Au total, sur le plan psychiatrique, nous devons considérer que l'assuré n'a jamais présenté d'IT durable ».

Il ressort donc du rapport du SMR que les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont contesté le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, incapacitant retenu par la Dresse F\_\_\_\_\_ dans son rapport du 10 octobre 2016 en se fondant sur la seule affirmation du recourant, selon laquelle son état psychique ne se serait pas amélioré ces dernières années. Ils n'ont à aucun moment discuté le status psychique pourtant détaillé par la Dresse F\_\_\_\_\_ dans son rapport du 10 octobre 2016 et expliqué pour quels motifs médicaux l'appréciation de la doctoresse ne pouvait être suivie. Certes, au jour de l'examen, le 17 mai 2018, le status psychique du recourant ne permettait peut-être pas de retenir un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique. Cela ne signifie cependant pas encore que ce diagnostic ne pouvait pas être posé par la Dresse F\_\_\_\_\_ deux ans auparavant, en octobre 2016. Pour pouvoir remettre en question ce diagnostic, il appartenait aux médecins du SMR de critiquer l'appréciation de la psychiatre précitée. Ils ne pouvaient se limiter à remettre en question ce diagnostic sur la seule base des affirmations du recourant.

Les conclusions des médecins du SMR sur l'absence d'incapacité de travail *ab initio* sont également surprenantes quand on sait que le dosage d'antidépresseurs a été augmenté entre 2016 et 2018. En effet, en 2016, seul du Cymbalta (antidépresseur) à raison de 60 mg une fois par jour avait été prescrit au recourant (voir rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 10 octobre 2016) alors qu'en 2018, le recourant prenait deux types d'antidépresseurs : le Trittico, à raison de 100 mg/jour, et le Duloxetine, qui est un générique du Cymbalta, à raison de 90 mg une fois par jour (voir rapport du SMR du 5 juin 2018). En d'autres termes, entre 2016 et 2018, le dosage du Cymbalta/Duloxetine a été augmenté de 60 mg par jour à 90 mg par jour et un deuxième antidépresseur, le Trittico, a été prescrit au recourant.

Au vu de l'augmentation du dosage des antidépresseurs, les médecins du SMR auraient dû se demander si l'absence, lors de leur examen clinique, d'une symptomatologie dépressive suffisante pour poser le diagnostic retenu par la Dresse F\_\_\_\_\_ en octobre 2016 n'était pas en réalité due au traitement pris par le recourant. Dans l'affirmative, les médecins du SMR auraient dû se poser la question de l'évolution du trouble psychique depuis 2016. Or, le rapport du SMR ne discute à aucun moment ces points.

Pour sa part, l'intimé est d'avis que le trouble psychique dont souffrait le recourant s'est amélioré. En effet, dans son écriture du 28 mars 2019, il a considéré que « les médecins ayant procédé à l'examen de ce dernier [du recourant] (cf. leur rapport du 5 juin 2018) ne se sont pas fondés sur ses seuls dires pour affirmer que l'état de

santé au niveau psychique s'était amélioré. Ils se sont bien plutôt basés sur le status clinique observé et ce conformément aux règles de l'art en la matière ». Force est de constater qu'en mentionnant une amélioration de l'état de santé, l'intimé remet implicitement en question les conclusions du SMR, selon lesquelles le recourant n'a jamais présenté d'incapacité de travail (voir rapport du 5 juin 2018 p. 17 : « Au total, sur le plan psychiatrique, nous devons considérer que l'assuré n'a jamais présenté d'IT durable »). Ce faisant, l'intimé a éprouvé des doutes quant au bien-fondé des conclusions de son SMR. En pareilles circonstances, il lui appartenait de procéder à une instruction complémentaire comme le prescrit la jurisprudence fédérale.

En l'absence d'instruction complémentaire, le rapport du 5 juin 2018 ne revêt à l'évidence pas une valeur probante suffisante pour que la chambre de céans puisse s'y référer pour examiner le bien-fondé de la décision querellée s'agissant de la période au-delà du 31 octobre 2016. Les conclusions des médecins du SMR ne sont pas sérieusement motivées et ne permettent pas d'aboutir à des résultats convaincants. Dans ces conditions, la chambre n'a d'autre choix que de renvoyer la cause à l'intimé, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, laquelle devra notamment se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail du recourant sur le plan psychique et ce depuis le dépôt de la demande. Il appartiendra également à l'expert d'examiner le caractère invalidant des troubles psychiques conformément à la grille d'évaluation élaborée par le Tribunal fédéral en 2015 et applicable à tous les troubles psychiques depuis le 30 novembre 2017. Enfin, l'expert nouvellement nommé sera invité à indiquer les motifs pour lesquels il s'écarte, cas échéant, des conclusions des médecins traitants du recourant.

11. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 6 novembre 2018 annulée en tant qu'elle met un terme au versement de la rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

\* \* \* \* \*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 6 novembre 2018 en tant qu'elle met un terme au versement de la rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016.
3. Confirme la décision entreprise pour le surplus.
4. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'OAI à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
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

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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