RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/825/2004 **ATAS/205/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 15 février 2006

En la cause

Monsieur H_____, représenté par Maître OCHSNER Pierre, en l'Etude duquel il élit domicile	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente ; Mmes Doris WANGELER et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur H_____, né en février 1958, d'origine marocaine, naturalisé suisse, a effectué ses études à Rabat, au Maroc, où il a fréquenté la faculté de droit de l'Université. En Suisse, l'intéressé a travaillé pendant quatre ans dans une entreprise de commerce. Depuis 1989, il travaillait comme conseiller en assurances auprès de la SECURA Assurances (depuis 2000, GENERALI Assurances).

2. Le 8 décembre 2000, alors qu'il se trouvait au Maroc, l'assuré est tombé malade et a été soigné à la Clinique La Ménara. Un arrêt de travail d'une quinzaine de jours lui a été prescrit, prolongé par la suite ; une reprise de travail a été fixée pour le 4 janvier 2001.

3. De retour en Suisse, l'assuré a consulté le Docteur A_____ pour des maux de tête. Ce dernier l'a mis en arrêt de travail à 100 % dès le 12 février 2001. L'intéressé n'a plus repris d'activité lucrative depuis lors.

4. L'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI (ci-après OCAI) en date du 24 avril 2002, visant à l'obtention d'une rente.

5. Dans son rapport à l'OCAI du 12 juin 2002, le Docteur A_____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux, céphalées psychogènes et dépression réactionnelle. L'atteinte à la santé est présente depuis 2000 et le patient est en incapacité de travail à 100 % depuis le 12 février 2001, pour une durée indéterminée. Le médecin traitant expliquait qu'à la suite d'un accident mineur (chute dans la rue) en août 2000, le patient a développé des céphalées avec troubles de la vigilance et un état dépressif. Des problèmes conjugaux, professionnels et sociaux l'ont plongé dans un état dépressif grave ; toutes les investigations et traitements n'ont apporté aucune amélioration. Un examen par un psychiatre lui paraissait utile.

   Dans l'annexe au rapport médical, le Docteur A_____ a indiqué que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'était plus exigible, qu'un travail manuel léger était possible 8 heures par jour, avec une diminution de rendement. S'agissant des capacités professionnelles, l'intéressé pouvait travailler en position assise ou debout 3 heures par jour, il devait éviter la position accroupie, à genoux, le travail en hauteur, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Le patient pouvait travailler dans une autre profession, après recyclage, dès le 12 juin 2002. Le médecin traitant a joint divers rapports médicaux.

6. Dans son rapport du 8 mars 2001 adressé au médecin-traitant, le Docteur B_____, spécialiste FMH en neurologie, relève que le patient avait subi un accident en mer en août 2000 ; une vague l'avait fait rouler et avait provoqué dans les suites immédiates des douleurs à la nuque et aux épaules. Depuis février, les

maux de tête récidivent, parfois localisés dans la région frontale et les yeux, avec une sensation de brouillard devant les yeux. Il est alors incapable de conduire et dans les accès aigus, il doit se reposer et se mettre dans le noir. L'examen neurologique était normal. Le Docteur B_____ a conclu à des céphalées tensionnelles et médicamenteuses.

7. L'intéressé a été vu, en octobre et novembre 2001, à la consultation ambulatoire du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). L'examen clinique était décrit comme normal, il n'y avait pas de contracture musculaire, les points de fibromyalgie étaient négatifs, au niveau neurologique, l'examen des nerfs crâniens de la force, de la sensibilité et des réflexes des membres supérieurs était dans la norme. En conclusion, le patient présentait des céphalées chroniques, sans qu'une cause particulière n'ait pu être mise en évidence, ainsi qu'un état dépressif concomitant. Un traitement de Tryptizol a été instauré et une approche musculo-tendineuse par un chiropraticien proposée. Les médecins ont mentionné que le patient traversait un moment de vie difficile suite à l'échec de son premier mariage qui a été un événement très déstabilisant pour lui, jouant un rôle dans cet état dépressif. Ils ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail.

8. L'assuré a été hospitalisé du 18 février au 1er mars 2002 au Département de neurosciences cliniques et de dermatologie, clinique de neurologie, pour investigations. A la suite de l'observation clinique de plusieurs crises, les médecins ont privilégié deux hypothèses : un « cluster headache » ou des migraines. En dépit des examens pratiqués, le diagnostic n'a pu être davantage précisé. Une dépression sévère a été diagnostiquée par la Doctoresse C_____ qui a proposé la reprise du Tryptizol à des doses plus élevées ainsi qu'une psychothérapie interpersonnelle. Le patient était retourné à domicile, sans qu'aucune étiologie n'ait pu être trouvée.

9. Dans son rapport à l'OCAI du 6 mai 2002, le Docteur B_____ a mentionné les diagnostics de céphalées chroniques et état dépressif. Il a précisé que le traitement antidépresseur était inefficace en raison d'une hypermétabolisation et que d'autres traitements devraient suivre. Pour l'appréciation de la capacité de travail, il renvoyait au médecin traitant.

10. Sur proposition du Service médical régional AI SMR LEMAN, l'OCAI a mandaté, le 21 novembre 2002, la Doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise.

11. Dans son rapport du 6 février 2002, la Doctoresse D_____ a posé les diagnostics d'état dépressif sévère sans symptômes psychiques (F32.2) présent depuis début 2001, céphalées chroniques, dépendance à l'alcool en rémission complète (F10.202) depuis fin 2000. Il était très difficile de démontrer le lien qui pourrait exister entre les céphalées et l'état dépressif, mais l'on pouvait toutefois

raisonnablement se poser la question d'une corrélation. D'après l'expert, la symptomatologie dépressive entraînait une diminution de la capacité de travail de 50 % en raison de troubles de la concentration, de la mémoire, du sommeil et de la fatigue persistante. L'activité habituelle pourrait être exercée, à mi temps, le temps de travail devant être réparti sur tous les jours de la semaine.

12. Dans son rapport d'examen du 3 mars 2003, le SMR LEMAN a conclu à une incapacité de travail de 50 %, pour des raisons essentiellement psychiques, depuis le 12 février 2001, dans toute activité.

13. Par décision du 28 août 2003, l'OCAI a accordé à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 1er février 2002, assortie d'une rente complémentaire pour son épouse et ses enfants.

14. L'assuré, représenté par Me Pierre OCHSNER, a formé opposition en date du 29 septembre 2003, au motif que sa capacité de travail était nulle depuis le 12 février 2001. Il se référait au certificat établi par son médecin traitant le 2 mai 2003, attestant qu'il était toujours en traitement médical et suivi par deux psychiatres pour un état dépressif chronique. Le Docteur A_____ précisait que son patient n'avait toujours pas réussi à reprendre une activité professionnelle, de sorte qu'il fallait revoir l'avis des psychiatres pour déterminer sa capacité de travail réelle. Le Docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, psychothérapie et psychiatrie transculturelle, et la Doctoresse F_____, psychiatre, confirmaient l'évaluation de la capacité de travail prononcée par le médecin traitant. L'assuré conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

15. Par décision du 9 mars 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition, au motif que l'assuré conservait une capacité de travail de 50 % dans l'activité précédemment exercée. Il se rapportait aux conclusions de l'expertise, qui avait pleine valeur probante.

16. Le 23 avril 2004, par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a interjeté recours. Il conteste le degré d'invalidité retenu par l'OCAI, dès lors que la Doctoresse D_____ n'avait pas tenu compte de l'aspect médical des céphalées, n'avait pas pris connaissance des dossiers médicaux le concernant, ni sollicité l'avis de ses confères. Il sollicite une expertise complémentaire et, subsidiairement, conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

17. Dans sa réponse du 17 mai 2004, l'OCAI réfute les arguments du recourant, relevant que la Doctoresse D_____ avait pris connaissance de l'ensemble du dossier médical, avait vu l'assuré à deux reprises et que son rapport répondait aux exigences de la jurisprudence pour lui conférer valeur probante. Quant au médecin traitant, il avait indiqué le 12 juin 2002 qu'une activité manuelle légère serait exigible à raison de 8 heures par jour avec une baisse de rendement. Une nouvelle expertise n'était par conséquent pas nécessaire et l'OCAI propose le rejet du recours.

18. Le 23 juin 2004, le recourant a produit divers documents médicaux attestant de son incapacité totale de travail, relevant que malgré les avis divergents des spécialistes, l'OCAI n'avait pas jugé utile de solliciter un rapport de leur part.

19. Après avoir soumis les documents médicaux au SMR LEMAN, l'OCAI a persisté dans ses conclusions.

20. En cours de procédure, le Tribunal de céans a requis de l'OCAI copie du rapport médical établi par le Docteur A_____ le 12 juin 2001, qui ne figurait pas au dossier.

21. Le 22 août 2005, le conseil du recourant a communiqué au Tribunal copie d'un courrier que lui avait adressé le Docteur A_____ en date du 17 août 2005, aux termes duquel l'état de santé de son patient s'était aggravé, tant du point de vue des céphalées que de l'état dépressif.

22. Invité à se déterminer, l'OCAI a soumis une nouvelle fois le cas au SMR LEMAN. Dans son avis du 1er septembre 2005, ce dernier fait remarquer que le médecin traitant ne précise nullement pourquoi et comment l'état de santé s'est péjoré, ni depuis quand. Son avis n'est pas étayé et aucun argument convaincant n'est avancé, de sorte que l'OCAI a maintenu ses conclusions.

23. Dans ses dernières écritures, le recourant a également persisté dans ses conclusions.

24. Pour le surplus, les divers allégués des parties, ainsi que les éléments pertinents du dossier, seront repris, en tant que de besoin, dans la partie en droit ci-après.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 8 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Selon la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 166 consid. 4b), les faits sur lesquels le tribunal de céans peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b). Aussi le droit à une rente doit- il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

   En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours dans un délai de 30 jours dès leur notification (art. 56 et 60 LPGA). Selon l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, les délais fixés par la loi ne courent pas du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement. Comte tenu des suspensions de délais durant la période de Pâques en 2004, le recours est en l'occurrence recevable.

5. L'objet du litige consiste à déterminer quel est le degré d'invalidité du recourant et, par conséquent, s'il peut prétendre une rente entière d'invalidité ou non.

6. Selon l'art. 4 LAI, teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

   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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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 (art. 28 al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004 (4ème révision AI), il a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

8. En l'espèce, selon le Docteur A_____, médecin-traitant, le recourant souffre d'un syndrome douloureux, de céphalées psychogènes et de dépression réactionnelle qu'il qualifiait de grave, entraînant une incapacité de travail de 100 % depuis le 12 février 2001. L'activité professionnelle exercée jusqu'alors n'était plus possible, mais dans une autre profession et après recyclage, le recourant pouvait travailler dès le 12 juin 2002. Dans son rapport du 12 juin 2002, le médecin-traitant estimait qu'un examen par un psychiatre lui paraissait utile. L'examen neurologique pratiqué par le Docteur B_____ s'était révélé normal, de sorte que ce médecin avait conclu à des céphalées tensionnelles et médicamenteuses. Dans son rapport à l'OCAI du 6 mai 2002, le Docteur B_____ a mentionné les diagnostics de céphalées chroniques et d'état dépressif, relevant que le traitement antidépresseur était inefficace en raison d'une hypermétabolisation. S'agissant de la capacité de travail, il renvoyait à l'appréciation du médecin traitant.

Les médecins du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG ont également relevé que l'examen clinique, notamment neurologique, était normal, les points de fibromyalgie négatifs. Ils ont conclu à des céphalées chroniques, sans qu'une cause particulière n'ait été mise en évidence,

associée à un état dépressif concomitant. Lors de son hospitalisation à la clinique de neurologie en février et mars 2002, les médecins ont pu observer plusieurs crises et émettre deux hypothèses diagnostiques, un « cluster headache » ou des migraines, sans pouvoir préciser davantage le diagnostic, malgré les examens pratiqués. Une dépression sévère avait été diagnostiquée, ce qui avait motivé un traitement médicamenteux à des doses plus élevées. Les médecins ne se prononçaient pas sur la capacité de travail.

A la demande de l'intimé, la Doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a expertisé le recourant. Dans son rapport du 6 février 2002, l'expert a posé les diagnostics d'état dépressif sévère sans symptômes psychiques, depuis 2001 et de céphalées chroniques. La dépendance à l'alcool était en rémission complète depuis fin 2000. Il était très difficile de démontrer le lien qui pourrait exister entre les céphalées et l'état dépressif, mais une corrélation n'était pas exclue. La symptomatologie dépressive entraînait une diminution de la capacité de travail de 50 %, en raison de troubles de la concentration, de la mémoire, du sommeil et de la fatigue persistante. Selon l'expert, l'activité habituelle pouvait être exercée à mi-temps, réparti sur tous les jours de la semaine.

Se fondant sur cette appréciation, le SMR LEMAN a conclu dans son rapport du 2 mars 2003 à une incapacité de travail de 50 % dès le 12 février 2001, dans toute activité, pour des raisons essentiellement psychiques, de sorte que l'intimé a accordé au recourant une demi-rente d'invalidité depuis le 1er février 2002.

9. Le recourant conteste le degré d'invalidité retenu par l'OCAI, alléguant que sa capacité de travail était toujours nulle, ainsi que son médecin traitant l'attestait par certificat du 2 mai 2003. Il fait valoir qu'il était suivi par deux psychiatres, les Docteurs E_____ et F_____, et que ces derniers confirmaient l'incapacité de travail prescrite par le médecin-traitant. Il reproche d'autre part à la Doctoresse D_____ de n'avoir pas tenu compte des céphalées ni pris connaissance des dossiers médicaux le concernant, ni consulté l'avis de ses confrères.

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En l'espèce, la Doctoresse D_____ a examiné le recourant et a pris connaissance du dossier médical le concernant. Dans son rapport d'expertise, elle a procédé à l'anamnèse détaillée, pris en compte ses plaintes et posé des diagnostics selon une classification reconnue. Enfin, elle a procédé à l'appréciation du cas ; ses conclusions sont claires et bien motivées. Au vu de ce qui précède, rien ne permet au Tribunal de céans de s'écarter des conclusions de l'expertise, - à laquelle il convient de reconnaître pleine valeur probante - qui font état de troubles psychiques entravant la capacité de travail du recourant à raison de 50 % et ce, dans n'importe quelle activité.

S'agissant des céphalées, contrairement à ce que soutient le recourant, l'expert en a tenu compte dans ses diagnostics. Pour le surplus, aucune cause étiologique n'a pu être trouvée lors des examens pratiqués aux HUG et les maux de tête ont été qualifiés de céphalées tensionnelles et médicamenteuses. Dans ces conditions, la composante psychique apparaît au premier plan et, de ce point de vue, c'est à bon droit que l'intimé a fixé le degré d'invalidité du recourant à 50 % .

10. Le recourant produit en cours de procédure divers rapports médicaux émanant des Docteurs E_____ et F_____, psychiatres. Selon une attestation du 9 septembre 2003, la Doctoresse F_____ certifie que le recourant est suivi à sa consultation depuis le 10 avril 2002 et que, conformément aux attestations de son médecin traitant, sa capacité de travail est actuellement de 0 %. De même, le Docteur Jacques E_____, certifie par courrier du 15 septembre 2003, que le recourant est suivi à sa consultation depuis le 31 octobre 2002 en thérapie complémentaire et se déclare en accord avec l'évaluation de la capacité de travail prononcée par la Dresse G_____ et le Docteur A_____. Ces documents, succincts, ne mentionnent cependant aucun diagnostic, ne décrivent pas les troubles que présenterait le recourant et, s'agissant de la capacité de travail, se réfèrent à l'appréciation du médecin traitant.

Certes, dans un document du 4 février 2002 à l'attention de l'assurance-maladie, la Doctoresse F_____ mentionne plusieurs diagnostics (état de stress post-traumatique, troubles de la personnalité secondaire, possibles céphalées trigémiales autonomes en grappes, possible syndrome douloureux somatoforme persistant de conversion, troubles dépressifs persistants secondaires). Elle ne procède toutefois pas à une analyse détaillée des troubles en question, n'en précise pas la gravité et, s'agissant de leur incidence sur la capacité de travail, elle se réfère à l'arrêt de travail prescrit par le médecin traitant.

Ces rapports ne suffisent pas en conséquence à remettre en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique.

Il n’est toutefois pas exclu que l’état de santé du recourant se soit modifié, notamment sur le plan psychique, comme le rend plausible le rapport du Dr

A_____ du 17 août 2005. Il s'agit cependant de faits postérieurs à la décision litigieuse, qu'il appartiendra à l'intimé d'instruire.

Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette dans le sens des considérants.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier — La Présidente

Walid BEN AMER — Juliana BALDE

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