

## **GE\_GERICHTE ATAS/450/2008 vom 17. April 2008**

GE Cour de justice, 2008-04-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_450\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_450_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/450/2008 du 17 avril 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/450/2008 del 17 aprile 2008

### **Volltext**

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPPEL et Violaine LANDRY-ORSAT, Juges

REPUBLIQUE ET

CANTON DE GENEVE POUVOIR JUDICIAIRE

A/16/2006 ATAS/450/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 17 avril 2008

En la cause Madame C\_\_\_\_\_, domiciliée à COINTRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI recourante

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

A/16/2006 - 2/18 - EN FAIT 1. Madame C\_\_\_\_\_, de nationalité portugaise, mariée et mère d'un enfant, sans formation, a travaillé comme femme de chambre depuis 1988. Employée par X\_\_\_\_\_ SA, son salaire annuel s'est élevé, en 2003, à Fr. 44'200.-. 2. A compter du 13 janvier 2003, elle a été dans l'incapacité totale de travailler. 3. Les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, du département de médecine interne et rhumatologie de l'hôpital cantonal de Genève (HUG), ont adressé le 21 février 2003 au Dr N\_\_\_\_\_ un rapport aux termes duquel ils ont posé le diagnostic de fibromyalgie. Ils n'ont trouvé d'arguments ni pour un rhumatisme inflammatoire, ni pour une connectivite ; ils ont estimé qu'une reprise du travail à 50% devrait être rapidement possible, puis, progressivement, à 100%. 4. Le Dr O\_\_\_\_\_, médecin-conseil de VAUDOISE ASSURANCES (assurance collective de l'employeur de l'assurée), a indiqué dans un rapport daté du 6 mars 2003 que l'intéressée souffrait probablement de fibromyalgie, d'état anxio- dépressif et d'hypothyroïdie. Il a estimé que l'incapacité de travail était justifiée en tout cas jusqu'au mois d'avril 2003. 5. Le 11 mai 2003, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué au Dr O\_\_\_\_\_ que malgré les traitements, la patiente se plaignait de douleurs résiduelles au niveau du rachis lombaire et d'importantes douleurs au niveau du membre inférieur gauche. Sur le plan psychique, elle était également très angoissée et déprimée. Une reprise du travail à 50% allait être tentée. 6. Dans un rapport du 9 septembre 2003, le Dr O\_\_\_\_\_ a confirmé que l'assurée avait repris le travail à 50% le 1er avril 2003. Il a estimé qu'en raison de l'importance de la fibromyalgie, il n'était sans doute pas possible d'augmenter cette capacité de travail. 7. Le 20 octobre 2003, l'assurée a à nouveau été dans l'incapacité totale de travailler. 8. Le Dr O\_\_\_\_\_, dans un courrier adressé à VAUDOISE ASSURANCES le 13 novembre 2003, a admis que cette incapacité de travail était justifiée. 9. Le 16 janvier 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant une atteinte du dos et des nerfs. 10. Dans un rapport daté du 13 février 2004, le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a

confirmé les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de fibromyalgie. Il a indiqué que la patiente présentait un ralentissement psychomoteur, une anhédonie, une tristesse et une fatigabilité importante, qu'elle se

A/16/2006 - 3/18 - sentait dévalorisée et inutile, avait des idées pessimistes vis-à-vis de l'avenir et des difficultés à se situer. 11. Dans un rapport adressé au Dr N\_\_\_\_\_, le 4 mars 2004, les Drs Q\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_, du centre multi-disciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode sévère sans symptômes psychotiques et de cervico-dorso-lombalgies chroniques. Ils ont indiqué que le tableau clinique évoquait en tout premier lieu un état dépressif majeur avec un glissement régressif important et ont préconisé une hospitalisation avec une prise en charge aussi bien somatique que psychiatrique. Ils ont indiqué qu'il s'agissait d'éloigner la patiente de son lieu de vie habituelle - où elle présentait un retrait et un isolement de plus en plus important - et d'adapter un traitement anti- déresseur. 12. Dans un rapport adressé à l'OCAI le 5 avril 2004, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée l'avait consulté le 13 janvier 2003 pour des douleurs au niveau de la colonne lombaire irradiant au niveau des membres inférieurs mais plutôt à gauche, que la symptomatologie clinique s'était aggravée de jour en jour, qu'elle se plaignait également de douleurs au niveau de toutes les articulations, de maux de tête, de vertiges, d'angoisse, d'asthénie, de palpitations, de troubles de la mémoire et de troubles du sommeil. Elle avait été mise au bénéfice d'un traitement médicamenteux et de séances de physiothérapie ainsi que d'un traitement chez le Dr P\_\_\_\_\_, psychiatre. L'incapacité de travail avait été totale du 13 janvier au 31 mars 2003, puis de 50% jusqu'au 19 octobre 2003 puis à nouveau de 100%. Tous les points de fibromyalgie se sont révélés positifs. Au surplus, ont été posés les diagnostics suivants : cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire sur discopathie C4-C5, C5-C6, L5-S1, sur protusion discale L3-L4, L4-L5, L5-S1 et sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, lombalgies chroniques sur probable instabilité lombaire et arthrose interapophysaire postérieure, lomboschatalgies aiguës gauche à répétitions, état anxio-dépressif chronique. 13. Dans un rapport ultérieur, le Dr N\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics précédemment posés et indiqué que l'état de sa patiente était stationnaire. Compte tenu des importants troubles au niveau du rachis lombaire, le médecin a estimé qu'il y avait contre-indication à porter des charges et que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, de même que toute autre activité. 14. Le 19 novembre 2004, le service médical régional AI (SMR) a suggéré de mettre en place un examen psychiatrique et de demander un rapport médical complet au Dr O\_\_\_\_\_.

A/16/2006 - 4/18 - 15. Le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a rendu son rapport le 12 avril 2005. Il en ressort que depuis 1998, l'assurée s'est rendue compte qu'elle se fatiguait de plus en plus, que ses forces diminuaient et que cela se manifestait surtout par l'apparition de douleurs aux jambes et une lourdeur sur les épaules. Sont ensuite apparues des douleurs à la nuque qui se sont finalement étendues à toute la colonne vertébrale et se sont compliquées de céphalées. A cette symptomatologie douloureuse mal systématisée, présente en permanence, aggravée par le mouvement du tronc ou des membres s'est ajoutée asthénie progressive doublée d'une insomnie tenace. L'examen clinique, en dehors d'un syndrome douloureux s'apparentant à la fibromyalgie, se situait dans les limites de la norme. Le médecin a conclu à un syndrome douloureux chronique touchant le rachis et les ceintures ainsi qu'à un état anxio-dépressif. Selon lui, le

syndrome douloureux chronique ne peut être consécutif aux troubles dégénératifs décrits à l'imagerie tant leur importance est discrète. Par ailleurs, il n'existe aucune complication neurologique périphérique pouvant évoquer une souffrance radiculaire ou tronculaire. De plus, tout rhumatisme inflammatoire a été exclu. Il reste donc que ce syndrome douloureux chronique existe sans lésion anatomique démontrable susceptible de l'expliquer. L'imagerie médicale, l'analyse de l'examen clinique de l'appareil locomoteur et/ou neurologique ne révèlent pas de justification médicale raisonnable à une invalidité permanente. Le médecin a conclu à une totale capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'alors à condition que rien ne s'y oppose psychologiquement. 16. L'examen psychiatrique de l'assurée a été confié à la Dre T\_\_\_\_\_. Cette dernière a rendu son rapport le 5 juillet 2005 en apportant la précision qu'elle était "psychiatre FMH". Elle a indiqué ne pas avoir objectivé de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention mais avoir noté un léger ralentissement psychomoteur. Elle n'a pas relevé de symptôme de la lignée psychotique ni de troubles formels ou logiques de la pensée plaçant en faveur d'un diagnostic de décompensation. Elle a conclu à un épisode dépressif d'intensité légère avec syndrome somatique sans répercussion sur la capacité de travail. Selon elle l'examen clinique n'a montré ni dépression majeure ni décompensation psychotique ni anxiété généralisée ni troubles phobiques ni perturbations de l'environnement psychosocial - qu'elle a décrit comme inchangé depuis des années - ni limitations fonctionnelles psychiatriques. Elle a conclu qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles justifiées du point de vue psychique. 17. Par décision du 1er septembre 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations au motif que l'étape dépressive modérée constatée ne constituait pas une comorbidité psychiatrique grave permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux constaté.

A/16/2006 - 5/18 - 18. Le 29 septembre 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et contesté l'absence de comorbidité psychiatrique grave. A cet égard, elle s'est référée aux avis médicaux des Drs N\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_. A l'appui de son opposition, l'assurée a produit un courrier émanant du Dr N\_\_\_\_\_, daté du 22 septembre 2005, dont il ressort qu'elle a bénéficié de nombreux traitements médicamenteux et de physiothérapie sans amélioration notable sur plan clinique, qu'elle se plaint de façon continue de la persistance de douleurs au niveau de tous le rachis cervico-dorso-lombaire - douleurs irradiant au niveau des membres inférieurs et accompagnées de fourmillements au niveau des doigts -, que malgré le traitement antidépresseur, elle continue à se plaindre d'angoisse, d'asthénie, de troubles du sommeil, de maux de tête, de vertiges, d'épigastralgies et de palpitations, que malgré sa bonne volonté, elle est incapable d'assumer un travail quel qu'il soit à long terme et que ses rachialgies sont en relation avec les troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire mais également avec l'état anxio-dépressif. L'assurée a également produit copie d'un courrier du Dr P\_\_\_\_\_ du 26 septembre 2005 confirmant le diagnostic de fibromyalgie et soulignant que le centre multidisciplinaire d'étude et du traitement de la douleur a conclu, le 4 mars 2004, à un trouble dépressif récurrent sévère. Selon le médecin, la fibromyalgie est associée à une comorbidité psychiatrique grave et conduit à une incapacité totale de travail. 19. Dans un avis daté du 3 novembre 2005, la Dre U\_\_\_\_\_, du SMR, a examiné les rapports produits par l'assurée à l'appui de son opposition. Elle a relevé que l'affirmation selon laquelle les rachialgies seraient en relation avec les troubles statiques et dégénératifs de la colonne a été contredite par le Dr O\_\_\_\_\_ qui a conclu à l'absence de limitations fonctionnelles objectives. Quant au rapport du Dr P\_\_\_\_\_, la Dre U\_\_\_\_\_ a relevé son caractère succinct et le fait qu'il était contredit par le rapport du Dr

T\_\_\_\_\_. Elle a encore émis l'avis qu'un épisode dépressif moyen ne constitue pas une comorbidité psychiatrique invalidante au sens de la jurisprudence et qu'une expertise psychiatrique n'apparaissait pas nécessaire. 20. Par décision sur opposition du 22 novembre 2005, l'OCAI a confirmé sa décision de refus de prestations du 1er septembre 2005 en se référant au rapport du Dr O\_\_\_\_\_ et à celui de la Drsse T\_\_\_\_\_. Il a par ailleurs relevé que le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur n'était pas un centre psychiatrique spécialisé et que le diagnostic posé par cette institution ne pouvait par conséquent convaincre de l'existence d'une pathologie psychiatrique.

A/16/2006 - 6/18 - 21. Par courrier du 4 janvier 2006, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle a demandé préalablement que soit mis en place une expertise médicale neutre confiée à des spécialistes en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie. Quant au fond, elle a conclu à ce que lui soit reconnu un degré d'invalidité de 100%. En substance, elle relève que les expertises sur lesquelles se base l'OCAI sont en contradiction totale avec les avis émis par les Drs N\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_. Elle fait valoir que ces derniers sont des praticiens reconnus et d'expérience, qu'on ne peut leur nier toute compétence médicale. 22. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 6 février 2006, a conclu au rejet du recours. 23. Par ordonnance du 14 février 2007, le Tribunal de céans a ordonné une expertise psychiatrique complémentaire, afin de déterminer si la fibromyalgie de la recourante revêtait un caractère invalidant au sens de la jurisprudence et d'élucider les contradictions entre médecins à cet égard. L'expertise a été confiée au Dr V\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 24. Le Dr V\_\_\_\_\_ a rendu son rapport en date du 16 mai 2007, sur la base d'un examen psychiatrique de l'assurée et de l'étude des dossiers remis par le Tribunal. Le Dr V\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en plus du syndrome douloureux chronique, qualifié de fibromyalgie par les somaticiens, la patiente présente un tableau anxieux et dépressif significatif, dont il a estimé qu'il méritait un diagnostic spécifique pour les deux lignées sémiologiques. Selon l'expert, le syndrome dépressif est toujours bien présent, même s'il n'est pas sévère, avec des manifestations subjectives (adynamie, tristesse, anhémodie) et objectives (ralentissement moteur et vocal). Il s'agit d'une dépression chronique documentée depuis plus de quatre ans, apparemment sans interruption, mais avec des fluctuations dans l'intensité. Au moment de l'expertise, cette intensité dépassait celle de l'état subdépressif chronique et, surtout, subjectif (dysthymie) qui accompagne habituellement les tableaux douloureux chroniques. L'expert a relevé qu'il n'y avait pas suffisamment d'éléments pour poser le diagnostic de syndrome somatique au sens de la CIM-10 (trois éléments sur quatre seulement apparaissent). Il a également écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent au motif que, depuis le début des troubles, il n'y pas eu de rémission complète et ni de rechute documentée. Finalement, le Dr V\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, d'évolution chronique. D'un autre côté, il a souligné que la composante anxieuse domine le tableau clinique, même si, en apparence, elle se cache derrière les symptômes douloureux et dépressifs. Il a été relevé que l'expertisée a présenté depuis l'enfance une importante anxiété sociale atteignant certainement le niveau d'un trouble clinique (enfant terrorisée à l'école au point d'uriner en classe ou de se cacher pour ne pas

A/16/2006 - 7/18 - aller en classe). Selon l'anamnèse, cette anxiété sociale a persisté durant toute la vie de l'assurée, y compris jusqu'à aujourd'hui, puisqu'elle est confirmée par les constatations objectives actuelles (attitude de chien battu). L'apparition du problème a certainement été favorisée par le contexte (père violent et difficultés scolaires) et l'assurée a

essayé de le résoudre par l'évitement des stimuli anxiogènes (confrontations au regard jugeant de l'autre). Selon l'expert, depuis son apparition, l'anxiété sociale a fluctué entre deux formes cliniques : la personnalité évitante et la phobie sociale. L'expert a expliqué que le point commun entre ces deux pathologies est l'anxiété sociale, c'est-à-dire un sentiment de malaise dans les situations d'exposition au regard des autres, avec, pour conséquence, un comportement d'évitement des situations sociales. La différence entre les deux est que, dans la personnalité évitante, le sujet réussit généralement à trouver un comportement vivable, c'est-à-dire à organiser sa vie de manière à ne pas trop s'exposer, et en même temps à ne pas trop souffrir de son évitement. L'évitement devient une seconde nature et ce comportement s'installe dans la durée. Dans la phobie sociale, l'anxiété est plus intense et peut tourner à la panique en cas d'exposition, comme c'est le cas pour l'assurée. Le sujet souffre davantage de l'anxiété et des conséquences négatives de l'évitement sur sa vie personnelle et professionnelle. S'agissant plus particulièrement de la recourante, l'expert a considéré qu'elle a souffert d'une véritable phobie sociale durant son enfance et son adolescence et qu'elle s'est ensuite aménagée une vie cachée d'allure personnalité évitante. Depuis quelques années, la situation s'est aggravée au point d'aboutir à un tableau de phobie sociale. En conclusion, l'expert a retenu les diagnostics suivants : phobie sociale (F 40.1), personnalité évitante (F 60.6) et épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.00). Il a précisé que s'y ajoutait, sur le plan somatique ou psychosomatique, un syndrome douloureux chronique sans grand substrat organique, qualifié de fibromyalgie par l'expertise rhumatologique. En soi, ni l'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, ni la personnalité évitante ne peuvent être considérés comme des affections durablement incapacitantes. En revanche, elles peuvent représenter une comorbidité aggravante. La question du caractère incapacitant de la phobie sociale a ensuite été examinée par l'expert, qui a expliqué que cette affection peut devenir incapacitante, voire totalement invalidante, lorsque l'angoisse déclenchée par toute situation sociale est telle que le sujet est incapable de répondre autrement que par un repli social massif. Cette évolution se voit dans des cas non traités ou dans des formes particulièrement sévères, même traitées. Selon lui, il est probable que l'assurée se trouve dans cette catégorie. La phobie a commencé dès l'enfance sous une forme sévère. Elle s'est ensuite calmée avec une stratégie d'évitement et a ressurgi vers la quarantaine, probablement à la faveur de facteurs aggravants. L'expert souligne qu'il est difficile d'indiquer a posteriori si un traitement plus spécifiquement ciblé sur la phobie sociale aurait pu en modifier l'évolution, mais il émet l'opinion que cela est peu probable, étant donné la sévérité

A/16/2006 - 8/18 - et l'enracinement profond de l'anxiété sociale. Aujourd'hui, cette dernière est provoquée par toute situation sociale et elle est manifestement sévère, ce qui limite certainement la capacité de l'assurée à supporter l'exposition au regard des autres, sans que cela provoque une panique intolérable. L'expert a indiqué qu'il lui paraissait raisonnable d'estimer cette limitation à 40%. Il est probable que la présence concomitante d'un syndrome dépressif persistant majore légèrement les limitations dues à la phobie sociale, car la dépression diminue l'énergie disponible pour toute activité et affaiblit la capacité de lutter pour affronter les situations sociales. Tenant compte de l'ensemble du tableau psychique, l'expert a estimé l'incapacité de travail de l'assurée à 50%. Selon le Dr V\_\_\_\_\_, il existe une comorbidité psychiatrique durable et relativement sévère (la phobie sociale), à laquelle s'ajoute un état dépressif de sévérité moyenne. Il n'y a en revanche pas d'atteinte somatique très importante. La désinsertion sociale est très importante dans deux domaines sur trois de la vie sociale : l'assurée ne travaille plus et n'a

pratiquement plus aucune vie sociale; elle ne garde des relations qu'avec son entourage proche. Selon l'expert, cette non- insertion sociale est imputable à l'anxiété sociale bien plus qu'au trouble douloureux. Quant à l'état psychique de la recourante, il l'a considéré comme manifestement figé, d'après les données du psychiatre traitant. Les douleurs résistent à tous les traitements prodigués. L'expert a indiqué qu'à son sens, la situation est manifestement figée, dans la mesure où aussi bien le trouble anxieux que la dépression et le syndrome douloureux paraissent fixés. Vu la chronicisation de l'anxiété sociale et du comportement d'évitement, il lui paraît peu probable que l'assurée soit capable de supporter une thérapie d'exposition systématique aux stimuli anxiogènes (traitement de choix de la phobie sociale). Il a précisé que certains sérotoninergiques ont un effet sur la phobie sociale, mais a souligné que, là encore, vu l'ancrage de cette pathologie dans la durée et dans la profondeur du comportement habituel, il était peu probable que la pharmacothérapie soit en mesure de débloquent efficacement la situation. Répondant ensuite plus spécifiquement aux questions du Tribunal, l'expert a qualifié la phobie sociale de grave, la dépression et le trouble de la personnalité de moyens. Il a émis l'avis que l'état dépressif constitue une atteinte en soi, mais résultant probablement de l'échec de la lutte contre l'anxiété sociale et les douleurs. Les troubles psychiques ont valeur de maladie en tant que tels, puisqu'ils sont répertoriés dans la CIM-10. Il existe de toute évidence un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable. Il y a également perte d'intégration sociale. L'échec des traitements ambulatoires a été constaté. L'expert a indiqué qu'à son avis, l'état psychique était trop figé pour permettre des mesures de réadaptation. Il a souligné, par ailleurs, que l'absence de formation et de bagage intellectuel, manifestement maigre, de l'assurée limitaient sérieusement les possibilités à cet égard. L'expert a encore précisé qu'il n'y a pas eu d'évolution

A/16/2006 - 9/18 - clinique significative depuis la date à laquelle l'OCAI a rendu sa décision en novembre 2005. Il a fait remarquer que la Dresse T\_\_\_\_\_ n'a pas accordé la même importance que lui à l'anxiété sociale, puisqu'elle n'en a pas fait un diagnostic, même si elle en a mentionné plusieurs manifestations. Il relève cependant que l'anxiété sociale a également été relevée à la Clinique de MONTANA, puisqu'un traitement portant sur l'affirmation de soi y a été effectué. Pour sa part, sur la base de l'anamnèse et de ses constatations objectives, il est arrivé à la conclusion que l'anxiété sociale est majeure chez l'assurée et justifie aussi bien un diagnostic clinique qu'une incapacité de travail partielle.

25. Par écriture du 12 juin 2007, la recourante, se basant sur ce rapport, a allégué qu'il démontre qu'elle présente bel et bien une incapacité de travail réelle. Dès lors que l'atteinte psychiatrique dont elle souffre est associée à sa fibromyalgie en tant que comorbidité, elle en tire la conclusion qu'elle ne présente plus aucune capacité résiduelle de travail et demande que lui soit octroyée une rente entière, fondée sur un degré d'invalidité de 100%.

26. L'OCAI, quant à lui, a soumis le rapport d'expertise au Service médical régional AI (SMR) pour appréciation. Ce dernier a rendu un avis en la personne de la Dresse U\_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès du SMR, le 7 juin 2007. Selon la Dresse U\_\_\_\_\_, l'assurée ne présente pas d'atteinte somatique significative, puisque si elle souffre d'un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique, l'examen clinique se situe néanmoins dans les limites de la norme. Par ailleurs, cette assurée ne présente pas une désinsertion sociale dans tous les domaines de la vie car si le fait qu'elle ne travaille plus entraîne forcément une raréfaction des contacts sociaux liés au travail, les contacts sociaux sont en revanche préservés dans le cadre familial; il a été relevé que l'assurée part en vacances au Portugal. La Dresse U\_\_\_\_\_ a regretté que l'expert n'ait pas posé la

question de savoir comment l'assurée se comportait dans son cadre familial. La Dresse U\_\_\_\_\_ estime par ailleurs qu'il est difficile de reconnaître, sans évaluation psycho-dynamique spécifique, si l'état psychique est cristallisé. Elle souligne par ailleurs que ni la fibromyalgie, ni le trouble somatoforme douloureux persistant n'ont de traitement curatif à ce jour et que le propre de ce genre d'affection est justement de tenir en échec tous les traitements. Elle en tire la conclusion que les critères énoncés par la jurisprudence pour reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie ne seraient pas réunis en l'occurrence. Elle relève enfin que si l'assurée présente une phobie sociale et une personnalité évitante de longue date, cela ne l'a pas empêchée de travailler, tout en reconnaissant que s'y est ajouté un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique.

A/16/2006 - 10/18 - 27. Une audience s'est tenue en date du 25 octobre 2007 au cours de laquelle le Dr V\_\_\_\_\_ a été entendu. Ce dernier émis l'opinion que l'intégration sociale de la recourante n'est pas modifiée lorsqu'elle se trouve dans sa famille au Portugal, même si, de façon générale, elle est plus à l'aise dans un milieu familial que face à des étrangers. Selon lui, la perte d'intégration sociale est très importante dans deux domaines sur trois de la vie sociale : l'assurée sort très peu de chez elle, n'a pas de réseau d'amis et n'a pas gardé de contacts avec ses anciens collègues. Ce retrait est la conséquence de la phobie sociale plus que des troubles douloureux. Dans le cas de Madame, l'insertion sociale a toujours été mauvaise vu son angoisse. Le Dr V\_\_\_\_\_ a expliqué avoir conclu à une incapacité partielle de travail en raison du diagnostic de phobie sociale, diagnostic qui n'avait précédemment pas été pris en compte; il a ajouté 10% d'incapacité pour tenir compte de l'élément dépressif qui vient compliquer la phobie sociale. Selon lui, il n'y a pas eu de changement significatif dans l'état de santé de l'assurée par rapport à ce qu'ont constaté ses médecins traitants. L'expert a ajouté que s'il n'a pas retenu d'incapacité totale de travail, c'est parce qu'il ne s'est prononcé que sur l'aspect psychique. Il a confirmé que la recourante ne présente pas d'atteinte somatique significative. Le Dr V\_\_\_\_\_ a ensuite conclu à l'existence d'un état psychique cristallisé, c'est-à-dire d'un état figé, stationnaire, sans évolution possible. Il a expliqué que la notion d'évaluation psycho-dynamique à laquelle a fait référence la Dresse U\_\_\_\_\_ est une notion à laquelle fait référence la psychanalyse; c'est une théorie parmi d'autres et qui n'est pas reconnue par tous. Le Dr V\_\_\_\_\_ a relevé que les douleurs résistent à tous les traitements qui ont été prodigués, raison pour laquelle il a conclu à l'échec de ceux-ci. Selon l'expert, la personnalité évitante et la phobie sociale sont préexistantes à la fibromyalgie. Si la première n'aurait sans doute pas entraîné d'atteinte à la santé invalidante, la phobie sociale en revanche a effectivement conduit à une invalidité. Le Dr V\_\_\_\_\_ a réaffirmé que l'incapacité de travail est due en premier lieu à la phobie sociale. Il a relevé que la Dresse T\_\_\_\_\_ a mentionné dans son rapport des éléments de phobie sociale et que la clinique de Montana, même si elle n'a pas posé formellement le diagnostic, a appliqué un traitement essentiellement axé sur l'anxiété sociale. L'expert explique avoir tenté d'évaluer la capacité de travail de la recourante en considérant uniquement l'aspect psychique. D'après les pièces du dossier, l'état de la patiente est demeuré stationnaire, sans amélioration ni péjoration. L'expert a expliqué que s'il s'est écarté des conclusions de la Dresse T\_\_\_\_\_, c'est d'une

A/16/2006 - 11/18 - part qu'il a accordé plus de poids à la phobie sociale et d'autre part, qu'il a considéré que l'état dépressif devait être qualifié de moyen et non de léger. 28. Dans son écriture après enquête du 28 novembre 2007, la recourante a maintenu sa position, alléguant que l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_ ne prête pas le flanc à la critique, dès lors qu'elle répond à

tous les réquisits jurisprudentiels. Elle a ajouté que l'avis de la Dresse T\_\_\_\_\_ devrait être définitivement écarté, invoquant une jurisprudence récente du Tribunal fédéral, niant toute valeur probante à un avis médical de ce médecin, en raison d'une irrégularité de forme, cette dernière ayant utilisé le titre de "psychiatre FMH" sans droit. 29. Quant à l'OCAI, il a indiqué, par écriture du 27 novembre 2007, qu'il ne pouvait suivre les conclusions du Dr V\_\_\_\_\_. Il s'est référé à cet égard à un nouvel avis de la Dresse U\_\_\_\_\_, daté du 12 novembre 2007. Cette dernière estime que la phobie sociale n'est pas invalidante et qu'en tous les cas, les critères de sévérité ne sont pas remplis au point d'admettre une comorbidité psychiatrique. Elle admet que l'assurée souffre d'une personnalité évitante, mais estime que cette dernière n'est pas décompensée et n'entraîne pas d'incapacité de travail, puisque l'assurée a pu se présenter à l'audience devant le Tribunal. Elle maintient que l'assurée ne présente pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, puisqu'elle fonctionne parfaitement dans son cercle familial. Quant à la condition visant l'état psychique cristallisé, elle estime qu'elle n'est pas réalisée. EN DROIT 1.

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 22 novembre 2005 à la lumière des nouvelles dispositions de la LPGA (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). 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).

A/16/2006 - 12/18 - 3. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA). 4. a) Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité. b) Aux termes de l'art. 4 LAI, 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 (cf. également l'art. 8 LPGA). 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). Dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont

pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Le TFA a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux l'ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme

A/16/2006 - 13/18 - pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (cf. ATFA précité I 336/04, consid. 4.2.1 et 4.2.2). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le

médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATFA précité I 336/04, consid. 4.3). c) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant

A/16/2006 - 14/18 - destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 et les références). 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). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et cc). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des

A/16/2006 - 15/18 - preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les

raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 5. En l'occurrence, se trouvent au dossier une expertise rhumatologique et deux expertises psychiatriques, la seconde effectuée sur ordonnance du Tribunal de céans. Il convient de vérifier si elles permettent de renverser la présomption selon laquelle la fibromyalgie dont est atteinte l'assurée ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Il convient en premier lieu de relever que le rapport établi par la Dresse T\_\_\_\_\_ en date du 5 juillet 2005, intitulé «examen psychiatrique» et portant la signature "psychiatre FMH" ne saurait se voir reconnaître la moindre valeur probante. En effet, l'instruction d'une autre cause en matière d'invalidité devant le Tribunal de céans a révélé que l'intéressée n'était en réalité pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie et qu'elle n'a été autorisée à pratiquer comme médecin dépendant auprès du SMR, par acte du Département vaudois de la santé et de l'action sociale, qu'à partir du 24 novembre 2006. Force est ainsi de constater que la Dresse T\_\_\_\_\_ n'était pas habilitée à signer le rapport qu'elle a rendu en date du 5 juillet 2005 en indiquant "psychiatre FMH" et qu'elle n'était alors pas, à cette date, formellement autorisée à travailler comme médecin dépendant auprès du SMR. Le TFA a eu l'occasion de traiter un cas où un rapport avait été rendu par ce même médecin. Il a constaté que celui-ci "s'était prévalu d'un titre auquel il ne pouvait prétendre en vertu de la législation fédérale - en violation également des dispositions sur le titre de spécialiste prévues par le droit cantonal (voir art. 83 LSP) - et ne disposait par ailleurs pas de l'autorisation de pratiquer prévue par le droit cantonal et a considéré qu'indépendamment des compétences professionnelles propres de ce médecin, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration." (ATF du 31 août 2007, cause I 65/07) Dès lors, le rapport d'examen psychiatrique daté du 5 juillet 2005, ne saurait se voir accorder une pleine valeur probante et l'on ne saurait en tirer de conclusions absolues sur l'état de santé psychique de l'assurée. Ceci étant précisé, il convient à présent de vérifier la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen posé par le Dr P\_\_\_\_\_ le 13 février 2004 a été confirmé par le Dr V\_\_\_\_\_. Ce dernier a cependant précisé que cet

A/16/2006 - 16/18 - épisode dépressif moyen sans syndrome somatique ne pouvait être considéré comme une affection durablement incapacitante. D'ailleurs, selon la jurisprudence, lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux - ou une fibromyalgie - et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1). En l'espèce, le diagnostic d'épisode dépressif moyen ne peut donc être considéré comme une "comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée". En revanche, le Dr V\_\_\_\_\_ a également retenu les diagnostics de phobie sociale et personnalité évitante. S'il a estimé que la seconde ne peut pas non plus être considérée comme une affection durablement incapacitante, il a par contre considéré que la première est manifestement sévère chez l'assurée et limite certainement sa capacité à supporter l'exposition au regard des autres, même si cela ne va pas jusqu'à provoquer une panique intolérable. L'expert a indiqué qu'il lui paraissait raisonnable d'estimer cette limitation de la capacité de travail à 40% et a ajouté qu'il est probable que la présence concomitante d'un syndrome dépressif persistant majeure légèrement les limitations dues à cette phobie sociale, dans la mesure où la dépression diminue l'énergie disponible pour

toute activité et affaiblit la capacité à lutter pour affronter les situations sociales. Finalement, tenant compte de l'ensemble du tableau psychique, le Dr V \_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité de travail de 50%. Le Dr V \_\_\_\_\_ a expliqué de manière convaincante pourquoi il avait conclu à une incapacité partielle : il apparaît que cette phobie sociale, dont il a expliqué qu'elle a évolué dans le temps, s'est probablement aggravée durant les dernières années. Il a également précisé que cette phobie sociale, bien que très importante, ne va pas jusqu'à provoquer une panique intolérable, ce qui répond à l'interrogation de la Dresse U \_\_\_\_\_, du SMR, qui s'étonnait dès lors que l'assurée ait pu se présenter à l'audience devant le Tribunal de céans où elle était d'ailleurs accompagnée de son conseil, ce qui a certainement contribué à l'aider à surmonter son état. Il n'y a dès lors là, quoi qu'en dise la Dresse U \_\_\_\_\_, aucune contradiction. Quant à la remarque de la Dresse U \_\_\_\_\_ selon laquelle la phobie sociale de l'assurée, bien que présente depuis longtemps, ne l'a pas empêchée d'exercer une activité par le passé, le Dr V \_\_\_\_\_ a expliqué que cette phobie s'est aggravée au fil du temps. Dans la mesure où cette phobie sociale entraîne à elle seule une limitation de 40% de la capacité de travail, elle doit être considérée comme répondant à la définition d'une comorbidité psychiatrique durable et relativement sévère. En conséquence, le trouble somatoforme douloureux - ou fibromyalgie - dont est atteinte l'assurée doit

A/16/2006 - 17/18 - se voir reconnaître un caractère invalidant. Contrairement à ce qu'allègue la recourante, ce caractère invalidant ne peut être admis qu'à hauteur de 50% seulement, dans la mesure où, du point de vue purement physique, le Dr O \_\_\_\_\_ a conclu à une totale capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'alors. Dès lors, ce n'est que dans la mesure où ses troubles psychiques entravent sa capacité de travail que l'assurée doit être considérée comme invalide. Il y a donc lieu de se référer à l'évaluation du Dr V \_\_\_\_\_ et de conclure à une incapacité de travail de 50%. 6. Considérant que selon les conclusions du Dr O \_\_\_\_\_, l'assurée pourrait exercer la même activité que précédemment - activité qui, au demeurant, pourrait également être adaptée à sa phobie sociale dans la mesure où elle ne lui impose pas de multiples contacts avec autrui -, son taux d'incapacité de travail se confond en l'occurrence avec son degré d'invalidité, de sorte que l'assurée doit se voir reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 13 janvier 2004, soit une année après le début de son incapacité de travail. Dans cette mesure, il y a lieu d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.

A/16/2006 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement au sens des considérants. 3. Annule les décisions des 1er septembre 2005 et 22 novembre 2005. 4. Constate que Madame C \_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 13 janvier 2004. 5. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues. 6. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 2'750 fr. à titre de dépens. 7. Dit que la procédure est gratuite. 8. 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). La greffière

Brigitte LUSCHER

La présidente

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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.