

## **GE\_GERICHTE A/214/2007 vom 12. Juni 2007**

GE Cour de justice, 2007-06-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_214\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_214_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/214/2007 du 12 juin 2007

IT: GE\_GERICHTE A/214/2007 del 12 giugno 2007

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 12.06.2007  
A/214/2007

A/214/2007 ATAS/668/2007 du 12.06.2007 ( AI ) , REJETE Recours TF déposé le 16.07.2007, rendu le 16.04.2008, REJETE, 9C\_482/2007 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/214/2007 ATAS/668/2007 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 2 du 12 juin 2007 En la cause Madame D\_\_\_\_\_, domiciliée , VERNIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marianne BOVAY recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE Intimé EN FAIT Madame D\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1963, a obtenu un certificat fédéral de capacité d'employée de commerce. Elle a travaillé en tant que secrétaire auprès de diverses banques et assurances, puis, en dernier lieu, auprès de X\_\_\_\_\_ d'août 1993 à septembre 1997. A l'issue de son congé maternité consécutif à la naissance de son fils, le 5 mars 1997, elle n'a pas repris le travail en raison d'une thyroïdite post-partum. Une tentative de reprise du travail a échoué au bout de quelques jours à cause d'une fatigue et de nombreuses douleurs. Après la résiliation de son contrat de travail avec effet au 30 septembre 1997, la Caisse cantonale genevoise de chômage l'a considérée comme étant inapte au placement et lui a accordé des prestations cantonales en cas de maladie. Dans un rapport du 10 novembre 1997, le Prof. A\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint à la division d'endocrinologie et diabétologie des (ci-après : "établissement hospitalier"), a diagnostiqué une thyroïdite du post-partum avec possible phase d'hyperthyroïdie suivie d'une hypothyroïdie biologique importante. Il a mentionné une persistance des symptômes déjà présents avant la grossesse. Dans un rapport du 2 février 1998, le Dr B\_\_\_\_\_, chef de clinique à la division de rhumatologie des "établissement hospitalier" a fait état de la présence de longue date de lombalgies récidivantes d'allure mécanique qui s'étaient aggravées depuis le dernier accouchement de la patiente. Son examen clinique a révélé de discrets troubles de la statique, la présence de plusieurs signes de non-organicité selon Waddell et de quatorze points sur dix-huit de fibromyalgie. Il a précisé que les radiographies de début janvier 1998 n'objectivaient que de discrets troubles de la statique et une discopathie lombo-sacrée tout à fait modérée. Il a diagnostiqué des lombalgies chroniques communes s'inscrivant très vraisemblablement dans le contexte d'une fibromyalgie ou polyinsertionite. Dans un rapport du 14 mai 1998, le Dr C\_\_\_\_\_, médecin au département de psychiatrie des "établissement hospitalier", a exposé que l'assurée souffrait d'une grande fatigue qui aurait débuté tout de suite après une hépatite et une encéphalite en 1983. Il n'a pas constaté de symptomatologie dépressive ni de symptômes de la lignée psychotique et a posé le diagnostic de syndrome de fatigue chronique en expliquant qu'il s'agissait d'un diagnostic proche de celui de fibromyalgie posé par le Dr B\_\_\_\_\_. Le 20 juillet 1998, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité

tendant à l'octroi d'une rente. Dans un rapport du 17 août 1998, le Dr D\_\_\_\_\_, interniste, a attesté une incapacité de travail totale dès le 23 octobre 1997 et pour une durée indéterminée. Il a diagnostiqué une fibromyalgie ou un syndrome de fatigue chronique, un status après hypothyroïdie du post-partum et un status après encéphalite en 1983. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles du 17 février 2000, le Dr de D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée n'était pas en mesure d'exercer la profession de secrétaire en raison des déplacements, de l'asthénie et de la régularité qu'impliquait un tel travail. Il a estimé que la patiente était limitée dans le maintien ainsi que l'alternance des positions assise et debout à raison de trois à quatre heures par jour, dans la marche à raison de 100 à 300 mètres, dans le levage, le port et le déplacement des charges supérieures à deux-trois kilos. Par ailleurs, il a considéré qu'elle était incapable de s'agenouiller, incliner le buste, s'accroupir, se baisser, travailler selon un horaire irrégulier, travailler en hauteur/sur une échelle, se déplacer sur sol irrégulier ou en pente, effectuer des mouvements répétitifs des membres ou du dos. Le 4 septembre 2000, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a confié un mandat d'expertise au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI) à Berne. Dans un rapport de synthèse du 1<sup>er</sup> novembre 2001, les Drs E\_\_\_\_\_, médecin-expert, F\_\_\_\_\_, médecin-chef, et G\_\_\_\_\_, chef de clinique, ont diagnostiqué, d'une part avec influence sur la capacité de travail, une fibromyalgie, une forte suspicion d'un syndrome de fatigue chronique ainsi que des troubles d'adaptation avec des composantes dépressives et sociales dans le cadre d'une maladie somatique chronique. Ils ont expliqué que l'assurée remplissait tous les critères anamnestiques et cliniques pour le diagnostic d'une fibromyalgie qui chevauchait fortement le diagnostic de syndrome de fatigue chronique étant précisé que ce dernier devait être considéré comme secondaire car il s'était installé à la suite de l'encéphalite survenue en 1983 et de l'hypothyroïdie post-partum en 1997. Ils ont précisé que la fibromyalgie s'était déclarée après cette deuxième maladie au point d'être responsable d'une incapacité de travail complète. Ils ont également émis quelques doutes concernant l'importance de son handicap décrit comme presque complet dans les tâches ménagères et de mère d'un premier enfant. Les experts ont considéré que la capacité de travail dans une activité lucrative était nulle, tout en soulignant qu'en principe, la seule présence d'une fibromyalgie ou d'un syndrome de fatigue chronique permettait d'attendre le maintien d'une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 50%. Toutefois, en raison du caractère illusoire de la reprise d'une activité lucrative ainsi que des troubles d'adaptation importants et de l'absence de ressources propres, ils ont considéré que sa capacité de travail était complètement anéantie. Dans une note du 6 décembre 2001, le Dr H\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) et psychiatre, a exposé que les douleurs exprimaient éventuellement un vécu non assimilé et que cette non-assimilation ne découlait pas d'un trouble psychique. Il a précisé que l'appréciation de la capacité de travail faite par les experts du COMAI résultait d'une atteinte à la santé qui n'entraînait pas les troubles assurés de sorte que l'assurée ne souffrait pas, d'un point de vue purement psychique, d'un trouble ayant valeur de maladie pour l'assurance-invalidité. Le même jour, l'OCAI a demandé aux experts de préciser, d'une part, s'il y avait un état dépressif et un trouble de la personnalité rigide ainsi que chronique provoquant des troubles relationnels graves, d'autre part, si ces affections entraînaient une incapacité de travail et si l'instauration d'un traitement médical permettait d'attendre une amélioration de l'état psychique de l'assurée. Dans son complément d'expertise médicale du 3 avril 2002, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée ne présentait pas d'état dépressif

proprement dit, mais un trouble d'adaptation avec des composantes dépressives et sociales dans le cadre d'une maladie somatique chronique. Il a précisé qu'il n'y avait pas de points de départ psychiques ou anamnestiques saisissables pour le diagnostic principal de fibromyalgie. Il a exposé que l'évaluation psychiatrique ne permettait pas de relever l'existence d'un trouble de la personnalité bien que l'existence de lacunes dans l'anamnèse ainsi que de discordances entre le dossier et les données anamnestiques laissaient supposer des difficultés d'adaptation aux différents postes de travail occupés. Par décision du 30 mai 2002, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif qu'en l'absence d'un trouble dépressif ou de la personnalité, la fibromyalgie n'était pas invalidante au sens de la loi. En date du 26 novembre 2003, la recourante a communiqué à l'OCAI un rapport du 31 octobre 2003 du Dr I\_\_\_\_\_, psychiatre, et lui a demandé de reconsidérer sa décision sur la base de ce rapport. Dans son rapport, ce spécialiste a indiqué que la patiente était en traitement chez lui depuis octobre 2002 et qu'un test de BECK l'avait située à la limite de l'humeur dépressive sévère et modérée. Il a constaté un trouble de l'humeur, de la tristesse associée à des idées de découragement, d'inutilité et de dévalorisation, ainsi qu'une baisse globale de l'élan vital, une fatigue chronique, une perte de poids, des troubles du sommeil ainsi que de la concentration et de la mémoire. Il a diagnostiqué un trouble dépressif majeur chronique de sévérité moyenne (F. 32.1). Selon ce médecin, la présence d'une tendance à la dépression depuis l'âge de 20 ans résultait également de l'anamnèse. Il a considéré que l'installation de l'état dépressif était la conséquence de la fibromyalgie elle-même et des difficultés qu'elle entraînait dans sa vie quotidienne. Par arrêt du 31 mars 2004 consécutif au recours formé par l'assurée le 21 juin 2002, (cause A/1426/2002), le Tribunal de céans a accordé à la recourante une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 1998. Il a retenu que, si la recourante ne souffrait pas de trouble psychique grave, elle présentait néanmoins des problèmes psychiques associés à la fibromyalgie et que même s'il existait chez elle plusieurs critères susceptibles de fonder un refus de rente tels que l'environnement psychosocial intact, la divergence entre les handicaps relevés et le comportement, le gain secondaire tiré de la maladie, il n'y avait aucune raison de s'écarter de l'expertise pluridisciplinaire du COMAI qui avait entière valeur probante. Toutefois, il a estimé qu'il ne pouvait pas suivre les experts lorsqu'ils attestaient une capacité de travail totale dès lors que les importants troubles d'adaptation et l'absence de ressources propres ne constituaient pas une maladie psychique proprement dite. À la suite du recours interjeté, le 17 mai 2004, par l'OCAI contre ledit arrêt, le Tribunal fédéral des assurances a, par arrêt du 29 mars 2006, renvoyé la cause audit Office pour nouvelle expertise interdisciplinaire comprenant un rhumatologue et un psychiatre. Il a estimé que le rapport d'expertise du COMAI contenait peu de données permettant d'appliquer les autres critères développés par la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux, respectivement de fibromyalgie. Par ailleurs, les juges ont relevé un certain nombre de contradictions relatives à l'évaluation de la capacité de travail. Ils ont reproché aux experts, d'une part, de ne pas avoir porté une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et sur l'existence de ressources psychiques permettant à la personne expertisée de surmonter cet état, d'autre part, de ne pas avoir déterminé le plus objectivement possible la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assurée. En exécution de cet arrêt, le 13 juin 2006, l'OCAI a confié un mandat d'expertise à la Clinique romande de réadaptation à Sion. À cet effet, l'assurée a séjourné dans cet établissement du 4 au 6 septembre 2006. Dans le rapport d'expertise du 25 septembre 2006, après avoir procédé à une anamnèse personnelle et socioprofessionnelle, fait décrire par l'assurée le retentissement de la maladie sur les

activités courantes, pris note de ses plaintes et procédé à un examen rhumatologique ainsi que psychiatrique, les Drs J\_\_\_\_\_, rhumatologue, et K\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, ont diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant, une scoliose lombaire modérée, un status après encéphalite en 1983, un status après arthroscopie du genou droit en 1996, un status après césarienne en 1997 et 2001, un status après plastie de la paroi abdominale en 2004, enfin, une hypothyroïdie traitée. Ils ont expliqué que le diagnostic de fibromyalgie était sujet à caution car l'interprétation des points douloureux était dénuée de sens. Ils ont relevé que l'image que la patiente donnait de quasi impotente ne correspondait pas à la réalité et qu'il s'agissait d'un comportement plus que d'une maladie. À ce sujet, ils ont expliqué qu'une telle attitude de renoncement soulevait a priori l'hypothèse de troubles psychiques et que si l'ensemble des plaintes pouvaient correspondre au diagnostic de trouble dépressif moyen, il fallait toutefois considérer qu'il s'agissait de manifestations réactives qui ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé. Ils ont estimé que le comportement d'invalidé était très largement conditionné par des facteurs sortant du champ médical proprement dit, raison pour laquelle ils ne pouvaient pas admettre la diminution d'activité alléguée. Ils ont ajouté que la patiente avait de nombreuses relations personnelles et qu'elle nourrissait un réseau social avec les mères des amis de ses enfants. Ils ont également relevé qu'elle ne donnait pas l'impression d'avoir un état psychique cristallisé puisqu'elle se montrait dynamique et que son implication dans la vie au quotidien reflétait certains effets positifs de son suivi psychothérapeutique. Dans un projet de décision du 30 octobre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de rente. Il a retenu que l'assurée souffrait d'un syndrome somatoforme douloureux persistant et que les experts de la Clinique romande réadaptation n'avaient pas mis en évidence les critères requis par la jurisprudence pour admettre son caractère invalidant. Dans un rapport du 8 novembre 2006, le Dr de D\_\_\_\_\_ a estimé qu'il était plus efficace de terminer définitivement la ronde des expertises en s'accordant sur l'existence d'une fibromyalgie ainsi que des troubles d'adaptation associés et d'allouer une demi-rente d'invalidité ce qui semblait pouvoir être acceptable par tout le monde. Dans un rapport du 10 novembre 2006, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait pu constater au cours du traitement que la patiente présentait un état dépressif persistant malgré les différents traitements médicamenteux et la psychothérapie de soutien. Il a confirmé le diagnostic de trouble dépressif majeur chronique de sévérité moyenne qui, associé aux troubles douloureux chroniques, entraînait une incapacité de travail évidente. Par décision du 4 décembre 2006, l'OCAI a confirmé sa position. Par acte du 22 janvier 2007, l'assurée a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal de céans. Elle a conclu à l'octroi d'une rente. Elle a allégué que la décision querellée n'examinait pas la question de l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante. Elle a considéré que, d'une part, la préexistence de troubles dépressifs intermittents depuis l'âge de 20 ans, d'autre part le diagnostic de troubles d'adaptation avec composantes dépressives et sociales dans le cadre d'une maladie somatique chronique, enfin, la suspicion d'un vécu non exploré et non explorable de sa personnalité ne permettaient pas d'exclure l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une certaine gravité. Par ailleurs, elle a relevé que son médecin traitant considérait que son état psychique était tout à fait cristallisé. Elle a contesté se montrer dynamique avec des capacités d'adaptation à ses troubles et avoir gardé de nombreuses relations personnelles et familiales ainsi que sociales. Elle a prétendu qu'au contraire, elle ne sortait plus, ne se mouvait qu'avec lenteur et de grandes douleurs, ne « survivait » que grâce à l'aide de son mari qui l'assistait dans tous les actes de la vie de sorte qu'elle subissait indéniablement une

perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Elle a produit dans la procédure un rapport du 18 janvier 2007 du Dr de D\_\_\_\_\_ attestant d'un état dépressif existant depuis plusieurs années et allant en s'aggravant qui a cristallisé. Le médecin traitant a exposé que la patiente souffrait de n'avoir plus de vie sociale et, notamment, de ne plus pouvoir aller chercher ses enfants à l'école ainsi que de ne plus prendre le bus. Dans sa réponse du 6 février 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours. À l'appui de ses motifs, il a considéré que l'expertise pluridisciplinaire réalisée par la Clinique romande de réadaptation avait une pleine valeur probante selon les critères posés par la jurisprudence. En se référant au consilium du Dr K\_\_\_\_\_, il a contesté l'existence d'une comorbidité psychiatrique grave dès lors que l'état dépressif moyen présenté par la recourante était essentiellement réactionnel au syndrome douloureux somatoforme persistant et ne pouvait pas être élevé au rang de diagnostic séparé. En outre, il a rappelé que la recourante ne présentait aucun retrait social dans toutes les manifestations de la vie, que son état psychique n'était manifestement pas cristallisé et qu'il existait une divergence massive entre, d'une part, le caractère des douleurs et des empêchements décrits, d'autre part le comportement observé par les experts. Dans sa réplique du 15 mars 2007, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours. Elle a produit un rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 5 février 2007 exposant qu'il avait constaté dès ses premières consultations la présence de symptômes de la lignée dépressive ayant varié en intensité en fonction des épreuves subies par la patiente. Il a exposé qu'il y avait suffisamment d'éléments pour poser un diagnostic de trouble dysthymique à début tardif (F. 34.1) et de trouble dépressif majeur récurrent, dernier épisode sévère, sans caractéristiques psychotiques (F. 33.1). Il a considéré qu'il n'y avait donc pas seulement un état dépressif réactionnel à un état douloureux chronique. Il a estimé que l'état de santé général de la patiente était incompatible avec une activité qui nécessitait un engagement régulier et cela quelle que soit la nature de l'activité. Dans son écriture, la recourante a soutenu que ses médecins attestaient l'existence de troubles dépressifs récurrents majeurs qui n'étaient pas réactionnels aux douleurs ressenties. Elle a relevé que la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux devait être interprétée en ce sens que ces derniers pouvaient exceptionnellement entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail conduisant à une invalidité. Elle a précisé qu'elle sortait de chez elle uniquement pour se rendre à la poste ou chez le médecin, qu'elle n'avait pas d'amis dans le canton de Vaud, qu'elle ne suivait plus de relaxation en groupe car elle ne pouvait plus se rendre aux séances et qu'elle n'allait qu'une ou deux fois dans la semaine chercher ses enfants à l'école. En conséquence, elle a contesté la pleine valeur probante de l'expertise. Dans sa duplique du 19 avril 2007, l'intimé a maintenu ses précédentes conclusions et a produit un avis médical du 19 avril 2007 de la Dresse L\_\_\_\_\_, médecin-chef du SMR, qui a considéré que le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément susceptible de modifier son appréciation. En outre, elle a relevé que l'avis du Dr I\_\_\_\_\_ était en contradiction avec son rapport du 31 octobre 2003 et que l'assurée n'avait pas eu de suivi psychiatrique avant 2000 de sorte qu'on ne pouvait pas considérer comme invalidante une pathologie psychique qui n'avait pas justifié de prise en charge spécialisée durant des années. Le 20 avril 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture à la recourante et a gardé la cause à juger. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le mois d'octobre 1998. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la 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 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329 ). 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 345 consid. 3). Les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont donc inapplicables dans le présent cas. Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction d'un émolument (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. En vertu de l'art. 89C let. c de la loi cantonale genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA; E 5 10), les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 1<sup>er</sup> janvier inclusivement. Cette réglementation cantonale est semblable à celle qui est prévue à l'art. 38 al. 4 LPGA, de sorte que cette disposition du droit cantonal demeure applicable sans réserve à la procédure de recours formé devant le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève (ATF 130 V 320 consid. 2.1; ATFA non publié du 20 octobre 2005, U 127/04, consid. 5.5). Dans un premier temps, à partir du jour de la communication de la décision sur opposition, il faut déterminer la fin du délai de recours, soit en l'espèce, le 5 janvier 2007 puisque le recourant a reçu la décision le 6 décembre 2006. On ajoute ensuite le nombre de jours de suspension écoulés, soit 15 jours (du 18 décembre au 1<sup>er</sup> janvier inclusivement), ce qui reporte l'expiration du délai au samedi 20 janvier 2007 (cf. ATF 125 V 39 consid. 4a; ATFA non publié du 26 août 2005, U 268/03, consid. 4.6). Celle-ci doit encore être reportée au premier jour utile (cf. art. 38 al. 3 LPGA; art. 17 al. 3 en liaison avec les art. 1<sup>er</sup> et 6 al. 1 let. b LPA), ce qui amène au lundi 22 janvier 2007. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et en particulier sur son droit à une rente de l'assurance-invalidité. 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures

de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004), 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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. 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 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 71 consid. 4.2.1). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 72 consid. 4.3). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de 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 (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 (ATF 131 V 49). 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 LPG), 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. A 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les 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 351 consid. 3b/bb et cc). La recourante soutient, en se basant sur les rapports de ses médecins traitants, que sa capacité de travail est nulle, alors que l'intimé prétend qu'elle est entière en s'appuyant sur l'expertise de la Clinique romande de réadaptation. Que l'on se réfère au diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr B\_\_\_\_\_ et le Dr de D\_\_\_\_\_ ainsi que par les experts du COMAI ou à celui de syndrome douloureux somatoforme persistant posé par les experts de la Clinique romande de réadaptation, il est constant que la recourante souffre d'un état douloureux sans substrat clairement objectivable. Les investigations pratiquées n'ont en effet révélé chez elle aucune atteinte somatique significative (pas de hernie discale et pas de canal lombaire étroit; status neurologique normal). Il convient donc d'examiner si les rapports médicaux, sur lesquels l'intimé s'est fondé pour rendre sa décision, permettent de

statuer sur le caractère invalidant de cet état douloureux. Dans leur rapport du 25 septembre 2006, les experts de la Clinique romande de réadaptation ont diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant, une scoliose lombaire modérée, un status après encéphalite en 1983, un status après arthroscopie du genou droit en 1996, un status après césarienne en 1997 et 2001, un status après plastie de la paroi abdominale en 2004, enfin, une hypothyroïdie traitée. Lors de son examen clinique, le Dr J\_\_\_\_\_ a constaté une discrète scoliose lombaire, une cyphose basse dans le plan sagittal, une absence d'amyotrophie de la ceinture scapulaire et des membres supérieurs, une mobilité symétrique des hanches. Il a précisé que les manifestations douloureuses invoquées par la patiente étaient détachées du stimulus censé les déclencher, qu'elle présentait une auto-limitation à l'investigation médicale classique de sorte qu'une mesure correcte de la mobilité ou des angles rachidiens était impossible à effectuer en raison de contre-pulsions musculaires volontaires, enfin que la collaboration était très limitée comme l'attestait la force de préhension dérisoire. En revanche, l'examen neurologique était en ordre, les réflexes tendineux vifs étaient obtenus symétriquement à tous les niveaux et l'expert n'a pas mis en évidence de déficit moteur. Lors de l'entretien psychiatrique, le Dr K\_\_\_\_\_ a observé une thymie discrètement triste, une labilité émotionnelle, une phase de pleurs, une conservation des fonctions cognitives et une absence de ralentissement. Il a considéré que la présence d'un épisode dépressif de degré moyen était indéniable selon les critères de l'ICD-10 (Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement établie par l'Organisation Mondiale de la Santé, dixième révision). Il a expliqué que, sur le plan médical, suivant les symptômes présents, un tel trouble pouvait entraver de manière significative la capacité de travail d'un assuré. Dans le cas de la patiente, il a exposé que, d'une part, ce trouble ne pouvait pas être considéré comme une comorbidité significative, mais bien comme une réaction réactive ne pouvant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé, d'autre part, l'assurée ne présentait pas les critères qui justifiaient une incapacité de travail dans les cas exceptionnels en tant qu'elle avait de nombreuses relations personnelles, familiales et sociales, qu'elle ne présentait pas un état psychique cristallisé, enfin que la prise en charge psychiatrique paraissait tout à fait adéquate. Les experts ont relevé que les plaintes de l'assurée étaient vagues, que les douleurs n'orientaient pas sur une pathologie précise, mais qu'elles étaient universelles, continues, cotées à un très haut degré d'intensité et non modulables par les traitements. Ils ont observé qu'abstraction faite d'un comportement parasite visant à communiquer la douleur et à faire la démonstration de limitations, l'examen physique était sans anomalie significative. Ils ont indiqué que l'évaluation des capacités fonctionnelles se heurtait aux mêmes difficultés que lors de l'examen médical, à savoir, d'une part, que l'appréciation par la patiente de ses propres capacités réalisée sur la base d'un questionnaire aboutissait à un résultat misérable donnant à penser qu'elle ne pouvait pas réaliser le moindre effort et qu'elle était pratiquement réduite à la condition d'une grabataire, soit une estimation ne correspondant nullement à la réalité puisque l'assurée s'était déplacée de façon autonome en empruntant les transports publics, d'autre part, qu'elle exerçait la même auto-limitation que lors de l'examen médical, notamment en mettant fin à la tâche avant que les signes d'un quelconque effort aient pu être observés. Ils ont ajouté que l'image que la patiente donnait de quasi impotente ne correspondait pas à la réalité et qu'il s'agissait d'un comportement plus que d'une maladie. Ils ont conclu que l'enlèvement dans le statut d'invalidé avait été facilité par les méandres de l'instruction du dossier, par les positions contradictoires des divers intervenants et par les divers recours ainsi que les décisions de renvoi que ces

contradictions avaient provoqués. Le rapport des médecins de la Clinique romande de réadaptation se base sur une observation dans le cadre d'un séjour hospitalier de trois jours, un examen clinique de la recourante, un entretien psychologique et une évaluation des capacités fonctionnelles. Il prend également en considération les plaintes exprimées par la recourante et a été établi en pleine connaissance tant d'une anamnèse familiale, personnelle et sociale, psychiatrique que du dossier médical et radiologique. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles, enfin, ils ont dûment motivé leur point de vue, notamment en expliquant pourquoi ils ne pouvaient retenir ni le diagnostic de trouble dépressif majeur chronique de sévérité moyenne posé par le psychiatre traitant, ni une quelconque incapacité de travail. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes, en tant que, notamment, contrairement aux divers médecins traitants, les experts ont relativisé l'intensité des douleurs décrites en se fondant sur le résultat des examens auxquels ils ont procédé et sur le dossier radiologique, soit sur des éléments objectifs seuls pertinents dans ce type d'appréciation (cf. ATFA du 12 juillet 2005, I 366/05). La recourante dénie, cependant, au rapport des médecins de la Clinique romande de réadaptation une pleine valeur probante. Elle prétend que son trouble dépressif majeur chronique de sévérité moyenne est connexe à la fibromyalgie dès lors qu'elle souffre de troubles dépressifs intermittents depuis l'âge de vingt ans. Elle estime que son état psychique est cristallisé et qu'elle subit une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie dès lors qu'elle ne sort plus, ne peut se mouvoir qu'avec lenteur et de grandes douleurs, n'a pas d'amis dans le canton de Vaud, ne suit plus de relaxation en groupe, ne va qu'une ou deux fois par semaine chercher ses enfants à l'école. Elle s'appuie sur les divers rapports médicaux qu'elle a produits dans le cadre de la procédure administrative et judiciaire. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). Il y a lieu de relever que le rapport du Dr de D \_\_\_\_\_ du 18 janvier 2007 et celui du Dr I \_\_\_\_\_ du 5 février 2007 sont postérieurs à la décision litigieuse de sorte qu'il n'y a pas lieu de les prendre en considération dans la présente procédure. Au demeurant, le rapport du Dr I \_\_\_\_\_ ne fait que confirmer pour l'essentiel la teneur de son précédent rapport, alors que celui du Dr de D \_\_\_\_\_ mentionne une aggravation de l'état de santé sans préciser si cette prétendue aggravation est postérieure à la décision et si elle repose sur des critères objectifs ou si elle résulte des simples plaintes subjectives de l'assurée, ce qui ne suffit pas pour justifier l'existence d'une telle aggravation (cf. par analogie ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2). Faute d'être motivé sur ces points, il ne permet pas de douter de l'appréciation des experts. Il est frappant de constater que le grief formé par la recourante contre l'appréciation par les experts de sa perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie dépend des informations qu'elle leur a données elle-même. En effet, le rapport d'expertise du 25 septembre 2006 est partagé en plusieurs chapitres dont celui concernant les "données fournies par l'assurée" (pages 4 à 6). Ce chapitre est à son tour subdivisé en

diverses rubriques dont celle du "retentissement sur les activités courantes" (p. 5) et celle de la "prise en soin" (p. 6). Dans cette première rubrique, la recourante a déclaré à l'expert que l'après-midi, après une sieste, elle allait chercher son fils à l'école avant de se rendre au parc et que le couple gardait une vie sociale. Dans la deuxième rubrique, elle a indiqué qu'elle pratiquait de l'aquagym une fois par semaine. En conséquence, force est de constater que la recourante conteste les indications qu'elle a elle-même données aux experts. Or, selon la jurisprudence, en présence de deux versions différentes et contradictoires, il faut donner la préférence à celle que l'assuré a donnée en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, ATF 115 V 143 consid. 8c; ATFA non publié du 14 août 2003, I 497/02, consid. 3.2). Dès lors, seules les déclarations de la recourante aux experts font foi et son grief ne peut qu'être écarté. De plus, sa contestation de l'état psychique cristallisé repose sur le rapport du Dr de D\_\_\_\_\_ qui n'est pas psychiatre et n'est donc pas habilité à contester sans aucune motivation l'appréciation d'un expert psychiatre et à juger du caractère invalidant de troubles psychiques (ATFA non publié du 13 février 2006, I 741/04, consid. 3.4). Quant à la contestation du caractère réactionnel de l'épisode dépressif moyen, elle repose essentiellement sur le dernier rapport du Dr I\_\_\_\_\_ postérieur à la décision litigieuse. Or, cette appréciation du psychiatre traitant est contredite par son évaluation du 31 octobre 2003, dans laquelle il précisait que l'état dépressif était la conséquence de la fibromyalgie elle-même et des difficultés qu'elle entraînait dans la vie quotidienne. En ce qui concerne les 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 351 consid. 3b/bb et cc). Au vu de cette jurisprudence et des appréciations contradictoires du Dr I\_\_\_\_\_, il faut admettre que les considérations que ce dernier a faites sont empreintes de son point de vue de médecin traitant et ne permettent pas de jeter le doute sur celles des médecins de la Clinique romande de réadaptation. Au demeurant, le fait que la recourante souffre d'une dépression depuis l'âge de vingt ans, puis de manière récurrente et grave depuis dix ans, ne permet pas de remettre en question l'avis des experts sur ce point, car le Dr I\_\_\_\_\_ lui-même reconnaît que les divers épisodes dépressifs sont réactifs à des éléments de la vie de la recourante et, par conséquent, sont actuellement réactionnels au syndrome douloureux. Etant donné qu'aucun des allégués de la recourante ne permet de douter de la valeur probante du rapport des médecins de la Clinique romande de réadaptation et de leur appréciation quant à l'absence d'une quelconque incapacité de travail, force est de constater qu'il remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence). Dans le cas de la recourante, il apparaît clairement que l'existence d'une comorbidité psychiatrique manifeste doit être niée. En effet, selon la jurisprudence, le trouble dépressif moyen (réactif) d'accompagnement du syndrome douloureux ne constitue pas une telle comorbidité psychiatrique autonome du trouble douloureux (cf. ATFA non publié du 17 juillet 2006, I 297/05, consid. 3.2). Or, les experts ont précisé que l'ensemble des plaintes de la patiente sont à considérer comme des manifestations réactives au syndrome douloureux et ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé. Ils ont expliqué leur point de vue et se sont référés au rapport du 31 octobre 2003 du Dr I\_\_\_\_\_. Quant aux troubles de l'adaptation avec composantes dépressives et sociales, ils ne sont pas retenus par les experts de la Clinique romande de réadaptation et le Tribunal de céans a déjà eu l'occasion de trancher

cette question dans son précédent jugement en considérant qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'une maladie ce que d'ailleurs le Tribunal fédéral des assurances n'a pas contesté dans son arrêt de renvoi. Enfin, la suspicion d'un vécu non exploré et non explorable n'est pas davantage mentionné par les Drs J \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_, étant précisé que, contrairement à ce que soutient la recourante, une telle suspicion ne permet pas d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'une telle comorbidité psychiatrique d'une certaine gravité. En effet, 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 (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permettrait d'admettre le caractère invalidant du syndrome douloureux. En tant que la recourante souffre depuis 1983 de lombalgies récidivantes avec blocages à répétition, l'existence d'une affection corporelle chronique est établie. Il en va de même du critère de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), puisque, selon les médecins, la recourante présente des douleurs existant de longue date et aggravées après l'accouchement de 1997. En revanche, compte tenu de son aptitude à assumer toutes les activités ménagères avec le soutien de sa mère et de son mari, la recourante n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04). En outre, le couple garde une vie sociale et, chaque jour, la recourante va chercher son fils à l'école, puis va au parc, enfin, hebdomadairement, elle pratique l'aquagym. Compte tenu de son aptitude à assumer la majeure partie des tâches ménagères, du soutien familial, du maintien d'un réseau social et de sorties quotidiennes pour aller chercher son fils à l'école puis au parc, la recourante, même si elle vit quelque peu dans une situation de retrait en ayant dû renoncer aux séances de relaxation, ne subit pas une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie (cf. ATFA du 24 août 2005, cause I 752/04 consid. 5.2, ATFA non publié du 12 septembre 2005, cause I 497/04, consid. 5.2.2, ATFA non publié du 2 mars 2005, I 690/04, consid. 6.2). Il n'y a pas davantage lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé marquant une libération du processus de résolution du conflit sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. En effet, selon les experts, elle montre une adaptation adéquate à ses troubles et ressent des effets positifs du soutien psychothérapeutique qu'elle reçoit de son psychiatre traitant. De plus, elle bénéficie d'une médication antidépressive et d'une psychothérapie mensuelle (ATFA non publié du 28 juin 2005, cause I 524/04, consid. 4.3.1). Quant à la prise en charge thérapeutique par le Dr I \_\_\_\_\_, selon les experts, elle paraît tout à fait adéquate. Au vu de ce qui précède, les troubles psychiques présentés par la recourante ne se manifestent pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de la capacité de travail de celle-ci. En définitive, c'est à juste titre que les médecins de la Clinique romande de réadaptation ont conclu que le syndrome douloureux n'a pas de caractère invalidant. Mal fondé, le recours est rejeté. En vertu de l'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est soumis à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. La recourante étant déboutée, elle sera par conséquent condamnée au paiement d'un émolument de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LE

TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :  
Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de la recourante. 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); 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. Le greffier : Pierre RIES La présidente Isabelle DUBOIS Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY 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.