

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 210 vom 13. April 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-04-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2015\\_\\_210](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__210)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 210 du 13 avril 2015

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 210 del 13 aprile 2015

### Regeste

AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, FORCE PROBANTE, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE} | 16 LPG A, 17 LPG A, 6 LPG A, 7 LPG A, 8 LPG A

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 13.04.2015 Arrêt / 2015 / 210

AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, FORCE PROBANTE, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE} | 16 LPG A, 17 LPG A, 6 LPG A, 7 LPG A, 8 LPG A

TRIBUNAL CANTONAL AI 44/13 - 90/2015 ZD13.006873 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 13 avril 2015

\_\_\_\_\_ Composition : M. Métral , président Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges Greffière : Mme Preti \*\*\*\*\* Cause pendante entre : B. \_\_\_\_\_ , à Lausanne, recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat auprès du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8, 16 et 17 LPG A E n f a i t : A. B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], a travaillé comme ouvrière pour l'entreprise [...], à [...], dès le 3 avril 1991. En février 1996, elle a consulté le docteur T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie, en raison de cervico-brachialgies. Les douleurs se sont par la suite généralisées, avec une prédominance sur le côté gauche de la nuque et tout le membre supérieur gauche. Les examens pratiqués à l'époque n'ont pas mis en évidence d'atteinte organique et le docteur T. \_\_\_\_\_ a exposé, dans un rapport du 24 mars 1997 au docteur G. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée, que l'incapacité de travail qui avait été attestée depuis le mois de janvier 1997 ne persisterait pas au-delà de 50% après Pâques et qu'elle diminuerait ensuite progressivement. Le docteur T. \_\_\_\_\_ a considéré que l'atteinte à la santé n'était pas d'origine professionnelle, contrairement à l'avis de son confrère, le docteur K. \_\_\_\_\_, neurologue, également consulté par l'assurée. Dans un rapport du 10 février 1997, ce dernier avait constaté l'absence de neuropathie compressive et de souffrance radiculaire, estimant se trouver plutôt devant le tableau d'une symptomatologie inflammatoire, à type de tendinite étagée, très vraisemblablement liée à l'activité professionnelle très répétitive de l'assurée. B. \_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à une réorientation professionnelle, le 17 avril 1997, en alléguant présenter une incapacité de travail en raisons de problèmes cervicaux, d'un colon spastique et d'un état dépressif. Dans un rapport du 21 mai 1997 à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le docteur G. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervicobrachialgies gauches sur tendomyose

à étages, colopathie fonctionnelle, état dépressif et surcharge pondérale ; il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 20 janvier 1997, en précisant que des mesures professionnelles étaient indiquées. Le 15 mai 1997, le docteur R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a réalisé une expertise à la demande de l'assurance perte de gain en cas de maladie auprès de laquelle B. \_\_\_\_\_ était assurée. Ce rapport a été produit dans la procédure ouverte par l'OAI. Le docteur R. \_\_\_\_\_ y a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et a constaté l'absence de pathologie rhumatologique ou neurologique systématisée. Il a estimé que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50% dès le 20 mai 1997, puis de 100% à compter du 2 juin 1997. Dans un rapport du 14 juillet 1997 à l'OAI, le docteur T. \_\_\_\_\_, se référant à cette expertise, a posé le diagnostic de cervico-brachialgies gauches sans substrat anatomique et de troubles somatoformes douloureux. Il a exposé que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle, où elle n'avait pas de grands mouvements à faire, se demandant si ses difficultés ne provenaient pas, en réalité, d'un trouble relationnel avec l'employeur. Dans une détermination du 2 avril 1998, le docteur Q. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OAI, a proposé de rejeter la demande de prestations au motif que la reprise de l'activité professionnelle habituelle était exigible. Le 7 avril 1998, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dans ce sens. Le 25 mai 1998, le conseil de l'assurée a contesté ce projet de décision, en observant que B. \_\_\_\_\_ suivait un traitement pour des troubles psychiques, à propos desquels aucun rapport ne figurait au dossier. Il a produit un rapport établi le 13 novembre 1997 par le docteur S. \_\_\_\_\_, psychiatre, et la doctoresse F. \_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute, tous deux oeuvrant pour l'association U. \_\_\_\_\_, à Lausanne. Ces derniers retenaient le diagnostic d'épisode dépressif greffé sur un syndrome douloureux persistant et faisaient état d'une incapacité de travail totale de leur patiente dans son activité professionnelle habituelle. Dans un rapport du 28 octobre 1998 à l'OAI, le docteur C. \_\_\_\_\_, psychiatre auprès de l'association U. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics d'épisode dépressif avec syndrome somatique et de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, greffé sur un syndrome douloureux persistant. Il a attesté une incapacité de travail totale, pour une durée indéterminée, en exposant ce qui suit : « [...] 4.2 La patiente a commencé à travailler en 91. Le mouvement qu'elle devait faire du bras gauche a rapidement suscité une douleur. Malgré ses demandes réitérées elle n'a pas pu changer de poste de travail. Cette non-reconnaissance de sa douleur a induit un stress accru et a pu contribuer à la cristallisation de la douleur : la douleur s'est étendue de la nuque à la main et au pied gauches. L'évaluation du médecin de l'assurance perte de gain a été vécue comme une injustice grave puisqu'elle stipulait que la patiente pouvait travailler. 4.3 Un état dépressif s'est alors instauré, la colère ne pouvant s'extérioriser. Des maux de tête sont apparus et parfois un sentiment de devenir folle, puisque personne ne la comprend et qu'elle est considérée comme quelqu'un qui veut « recevoir des sous sans travailler ». On peut supposer que cette situation a réactivé un grave sentiment d'injustice antérieur et a cristallisé ce sentiment d'injustice. » A la question de savoir si l'assurée avait besoin d'un traitement médical, le docteur C. \_\_\_\_\_ a précisé qu'une psychothérapie était nécessaire, depuis le 25 juillet 1997, pour une durée indéterminée. Le 2 juin 1999, le docteur Q. \_\_\_\_\_ a pris position sur le dossier et a proposé l'allocation d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 1998, se ralliant à l'avis du docteur C. \_\_\_\_\_ « compte tenu des éléments actuellement au dossier », quand bien même il n'estimait « pas très convaincant » le rapport établi par ce médecin. Une révision de la situation dans un délai d'une année était à prévoir. Par décision du 26 juillet

1999, l'OAI a alloué à B. \_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité, avec effet dès le 1<sup>er</sup> janvier 1998. B. a) Par la suite, plusieurs procédures de révision du droit à la rente ont été ouvertes par l'OAI. Dans une première procédure de révision, le docteur G. \_\_\_\_\_ a adressé un rapport médical à l'OAI le 8 décembre 2000, dans lequel il a attesté un état stationnaire, mentionnant des signes de la lignée dépressive et des douleurs multiples et polymorphes, avec des limitations fonctionnelles prédominant aux membres supérieurs. Il a notamment posé les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux, d'état dépressif chronique et de colopathie fonctionnelle. Dans le questionnaire de révision de rente qui lui a été adressé, l'assurée a indiqué consulter le docteur G. \_\_\_\_\_ ainsi que H. \_\_\_\_\_, psychologue et psychothérapeute auprès de l'association U. \_\_\_\_\_. Le 20 décembre 2000, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il maintenait le droit à la rente. b) Lors d'une seconde procédure de révision, B. \_\_\_\_\_ a répondu au questionnaire qui lui avait été adressé le 12 janvier 2005, que son état de santé était stationnaire. Elle poursuivait le traitement auprès du docteur G. \_\_\_\_\_. Ce dernier a confirmé ces déclarations dans un rapport à l'OAI du 18 avril 2004 [recte : 2005]. Il a notamment exposé que sa patiente présentait les mêmes symptômes que depuis 1997, atténués depuis l'arrêt de son activité en usine comme ouvrière. Elle présentait toujours un état dépressif, des douleurs chroniques des ceintures scapulaires, cervicales et lombaires, avec des troubles psychosomatiques liés à l'état dépressif (colopathie fonctionnelle, sensations de vertiges, nausées fréquentes). Le pronostic était très réservé au vu de la durée des troubles, un reclassement professionnel étant illusoire compte tenu de la durée de l'atteinte médicale et des difficultés de compréhension et d'expression que présentait la patiente dans la langue française. Le 4 mai 2005, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il maintenait le droit à la rente. c) L'OAI a ouvert une troisième procédure de révision le 13 mai 2009, par l'envoi d'un nouveau questionnaire à l'assurée. Celle-ci a répondu que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'elle continuait à consulter le docteur G. \_\_\_\_\_. Contrairement à ce qu'elle avait répondu lors des précédentes procédures de révision, elle indiquait qu'elle avait besoin de l'aide d'autrui pour se vêtir et se dévêtir, se lever, s'asseoir et se coucher, ainsi que pour manger, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer et établir des contacts. Pour sa part, le docteur G. \_\_\_\_\_ a mentionné, dans un rapport du 10 août 2009 à l'OAI, que l'état de sa patiente s'était péjoré d'un point de vue ostéoarticulaire et surtout psychologique. Elle présentait notamment un état dépressif chronique depuis 1997, un syndrome somatoforme douloureux depuis 1996, des lombalgies basses sur trouble statique et dégénératif, des gonalgies gauches sur trouble statique (varus) et des cervicobrachialgies prédominantes à gauche dans le cadre d'un syndrome somatoforme douloureux. L'incapacité de travail était totale, en raison des douleurs, d'une mobilité diminuée au niveau des membres supérieurs en particulier, de troubles de la compréhension et de la concentration, ainsi que d'un état anxieux. Le 7 octobre 2009, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il maintenait le droit à la rente d'invalidité. Il l'a par ailleurs invitée à remplir une demande d'allocation pour impotent si elle souhaitait qu'il examine son droit à cette prestation. d) Le 30 octobre 2009, B. \_\_\_\_\_ a déposé une demande d'allocation pour impotent, en expliquant avoir besoin de l'aide d'autrui pour se déplacer à l'extérieur et établir des contacts avec l'entourage. Depuis février 2007, elle avait besoin de prestations d'aide pour lui permettre de vivre de manière indépendante à la maison, car elle ne pouvait pas faire le ménage, ainsi que pour l'accompagnement pour les activités et contacts hors du domicile, au motif qu'elle avait des problèmes de langue et des difficultés de contact. Elle avait également besoin de la présence régulière d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable, en

raison d'un état dépressif. L'aide et l'accompagnement nécessaires étaient assumés par son époux et ses enfants. Pour les autres actes quotidiens mentionnés sur le questionnaire de demande de prestations, l'assurée indiquait qu'aucune aide n'était requise. Dans un rapport du 15 janvier 2010 à l'OAI, le docteur G. \_\_\_\_\_ a attesté que les indications de l'assurée figurant dans sa demande d'allocation pour impotent correspondaient à ses propres constatations. L'assurée présentait un état dépressif avec repli social depuis 1997, un syndrome somatoforme douloureux depuis 1996, avec une perte de confiance et une dépendance de son entourage direct pour toute activité à l'extérieur de son appartement. Elle souffrait d'un sentiment de dévalorisation, d'anxiété, d'une humeur triste et de troubles de la concentration et de la mémoire ; elle ne parvenait pas à apprendre le français. Dans un rapport d'enquête du 28 mai 2010, un collaborateur de l'OAI a constaté que l'assurée avait besoin d'aide, depuis février 2007, pour se déplacer à l'extérieur et pour entretenir des contacts sociaux. Elle ne sortait jamais seule, car trop angoissée, et vivait un repli social important. Elle avait besoin d'une aide, huit heures par semaine, pour vivre de manière indépendante (la gestion du quotidien était entièrement prise en charge par le mari et la fille de l'assurée [repas, entretien de l'appartement, lessive et repassage par la fille] ; l'époux gérait les paiements et toutes les démarches administratives, et l'assurée était accompagnée pour tous ses rendez-vous ainsi que pour les achats ; sans l'entourage familial, elle serait isolée socialement, d'autant qu'elle ne maîtrisait pas le français, ce qui n'était toutefois pas en relation avec l'atteinte à la santé). Le 24 septembre 2010, l'OAI a alloué à l'assurée une allocation pour impotent de degré léger, avec effet dès le 1<sup>er</sup> février 2008. e) Le 8 février 2012, l'OAI a ouvert une nouvelle procédure de révision du droit aux prestations. L'assurée a répondu au questionnaire de révision en indiquant que son état de santé s'était péjoré depuis le 1<sup>er</sup> février 2008, faisant référence à une « impotence légère selon votre décision du 24.09.2010 ». Elle a précisé avoir besoin de l'aide d'autrui pour se déplacer et établir des contacts. L'OAI a mandaté les docteurs V. \_\_\_\_\_, psychiatre, et X. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, pour la réalisation d'une expertise bidisciplinaire. Les deux experts ont examiné l'assurée, puis procédé à une discussion bidisciplinaire. Le docteur X. \_\_\_\_\_ a ensuite établi le volet rhumatologique du rapport d'expertise, le 25 juin 2012, alors que le docteur V. \_\_\_\_\_ en a établi le volet psychiatrique, le 9 juillet 2012. Dans son rapport du 25 juin 2012, le docteur X. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie) et de syndrome de fatigue chronique, ainsi que de lombalgies et cervicalgies communes récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (avec minime arthrose facettaire postérieure L4-L5 non significative). Il a précisé que d'un point de vue rhumatologique, les atteintes à la santé constatées n'entraînaient pas, depuis 1997, d'incapacité de travail dans la dernière activité professionnelle exercée par l'assurée. Il n'y avait pas de péjoration du status radiologique depuis cette date, l'évolution étant même favorable de ce point de vue. Les minimes troubles dégénératifs mis en évidence n'étaient pas significatifs. Il n'y avait pas de trouble sensitivomoteur ni d'amyotrophie. L'assurée se mouvait et s'habillait de manière fluide. Seul le vécu douloureux chronique, qui s'était cristallisé depuis 1997 sous forme d'une douleur polyinsertionnelle sans substrat organique sous-jacent, constituait un facteur susceptible de s'être péjoré et constituait un facteur de mauvais pronostic. Dans son rapport du 9 juillet 2012, le docteur V. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de dysthymie, sans répercussion sur la capacité de travail. Il a indiqué avoir mis en évidence ce qui suit lors de l'examen psychiatrique : « o Les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de

trouble dépressif récurrent léger, avec moral préservé, sans tristesse ni irritabilité, avec labilité émotionnelle, avec fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration ou de mémoire, avec ruminations existentielles sans idées noires, avec anhédonie partielle, sans repli social, avec perte d'estime d'elle-même partielle, sommeil perturbé par des réveils et des difficultés d'endormissement, appétit diminué. Le tableau est particulier de par sa fluctuation, l'assurée précisant une fluctuation du tableau anxieux, avec angoisses itératives et récurrentes en fonction des situations et précise, de façon relativement démonstrative, avec un sourire, un état de moral particulièrement abaissé. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assurée, qui garde sa petite-fille trois fois par semaine, de 08:30 à 15:30. Ce tableau de dysthymie doit se comprendre comme cicatriciel du tableau dépressif de 1997. o Une absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic particulier et incapacitant. o Une absence de signe fonde de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité. o L'existence d'un tableau algique, sans grande intensité ni détresse. » Le docteur V. \_\_\_\_\_ résumait ensuite son analyse comme suit : « L'existence d'un tableau algique pourrait faire envisager un diagnostic de trouble somatoforme, mais manquent alors l'intensité des plaintes et la détresse ; l'absence de comorbidité psychiatrique, dans la mesure où un tableau de dysthymie ne peut participer d'une comorbidité et de repli social, ne peuvent faire envisager l'aspect incapacitant de cet hypothétique trouble somatoforme. Par ailleurs, si la symptomatologie semble courir depuis 1996, il est à noter l'arrêt du traitement psychiatrique dès 1998 sur amélioration, avec confirmation par le médecin généraliste traitant, le profit tiré de la maladie est assez clair et nous ne pouvons envisager un échec de traitement, puis depuis l'amélioration en 1998, aucun traitement psychiatrique n'a été proposé. Nous avons pris bonne note du rapport médical du médecin généraliste traitant d'avril 2011 ainsi que de la conversation téléphonique que nous rapportons ci-dessus, qui envisage un état anxio-dépressif ne dépassant pas le seuil d'une dysthymie, proposition avec laquelle nous sommes en accord. Ce praticien confirme l'arrêt du traitement psychiatrique au cours de l'année 1998, sur amélioration. Nous avons pris bonne note aussi des psychiatres d'U. \_\_\_\_\_ (Dr C. \_\_\_\_\_, Dr S. \_\_\_\_\_), qui envisagent, dans des courriers du 02 décembre 1997 et dans un rapport médical du 28 octobre 1998, des diagnostics incapacitants d'épisodes dépressifs avec syndrome somatique F32. 1, trouble dépressif récurrent F33.01, greffés sur syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4. Il nous paraît important de signaler que la classification internationale CIM-10 précise l'incompatibilité d'un diagnostic d'épisode dépressif et de syndrome douloureux somatoforme. Par ailleurs, en l'absence d'antécédents médicaux psychiatriques, il ne peut être envisagé de diagnostic de trouble dépressif récurrent dans la mesure où ce type de diagnostic ne peut être retenu qu'après un premier épisode dépressif attesté, traité et résolutif suivi d'une période blanche avec second épisode dépressif, ce qui n'est pas le cas de notre assurée. Enfin, il est particulier qu'une assurée se plaigne avec une telle emphase d'un tableau anxieux sans recevoir de traitement anti-anxieux et de se plaindre aussi de troubles du sommeil aussi caractérisés et anciens sans recevoir de traitement correspondant. Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de

décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Sur le plan psychiatrique nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 03 juillet 2012 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. Le dossier nous renseigne sur un épisode dépressif motivant une consultation psychiatrique dès juillet 1997, résolutif au cours de l'année 1998 sans que l'assurée ou son médecin traitant ne puissent préciser une date d'arrêt clair du traitement psychiatrique. Dans ces conditions, nous retiendrons la date théorique du 01 janvier 1999 à partir de laquelle, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail à 100% aurait pu être exigée. Sur le plan bi-disciplinaire, après discussion avec notre Collègue le Dr X. \_\_\_\_\_, depuis la date médico-théorique du 01.01.1999, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de véritable repli social, après amélioration de la situation symptomatique et l'arrêt du traitement psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée est entière dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. » Le 19 octobre 2012, l'assurée s'est rendue à l'OAI, accompagnée de son époux, pour un entretien en vue de définir d'éventuelles mesures de nouvelle réadaptation. Elle a notamment exposé pouvoir sortir seule dans les endroits qu'elle connaissait bien, prendre le bus si elle connaissait bien la ligne et aller faire des courses seule dans le quartier. L'époux a déclaré avoir pris récemment sa préretraite pour des raisons de santé et pour rester avec sa femme. L'assurée a précisé garder sa petite-fille de 18 mois trois jours par semaine, de 8h30 à 15h30, les jours où sa belle-fille travaillait. Maintenant que son époux était à la maison, ils sortaient marcher ; ils voyaient parfois des amis et, beaucoup, leur famille. Elle consultait une psychologue, Mme [...], au cabinet du docteur C. \_\_\_\_\_, depuis la fin du mois d'août 2012, à raison d'une fois toutes les deux semaines. Elle avait cessé d'aller à la piscine en raison de crampes. L'époux a déclaré avoir vu l'état de santé de sa femme se dégrader au fil du temps. Elle ne supportait plus lorsqu'il y avait trop de bruit. Le 22 octobre 2012, l'OAI a notifié à B. \_\_\_\_\_ un projet de décision de suppression de la rente d'invalidité dont elle était titulaire, fondée sur les dispositions finales de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) du 18 mars 2011 (révision 6a de la LAI), d'une part, et sur l'expertise des docteurs X. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, d'autre part. Le 20 novembre 2012, Me Agier, pour l'assurée, a contesté ce projet de décision au motif que la rente dont elle était titulaire avait été allouée en raison d'un trouble dépressif. Or, cette affection ne constituait pas un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires au sens des dispositions finales de la révision 6a de la LAI, en particulier de la lettre a alinéa 1 de ces dispositions finales. Le 19 décembre 2012, prenant position sur le dossier, le docteur L. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré que l'incapacité de travail reconnue lors de l'octroi initiale d'une rente d'invalidité avait débuté le 22 janvier 1997, alors que seul un trouble somatoforme douloureux avait été diagnostiqué. Il s'agissait d'un trouble somatoforme dans le sillage duquel des manifestations dépressives avaient été identifiées ; ces manifestations dépressives ne constituaient qu'un trouble d'accompagnement du trouble somatoforme douloureux. Par décision du 16 janvier 2013 dont la motivation figurait dans un courrier séparé portant la même date, l'OAI a mis fin au droit à la rente de B. \_\_\_\_\_ avec effet au premier jour du deuxième mois suivant sa notification. C. Le 19 février 2013, B. \_\_\_\_\_ a interjeté un recours de droit administratif contre cette décision. Elle en demande la réforme, sous suite de frais et dépens, en ce sens que le droit à la rente soit maintenu pour la période postérieure au 16 janvier 2013. En substance, elle soutient que

l'OAI a alloué la rente, par décision du 26 juillet 1999, en raison essentiellement d'un état dépressif, et non d'un trouble somatoforme douloureux. Les décisions ultérieures de maintien de la rente ont également été rendues principalement en raison d'un état dépressif chronique. Les dispositions finales de la révision 6a de la LAI ne sont donc pas applicables en l'espèce. L'intimé a conclu au rejet du recours, le 4 avril 2013, en exposant notamment avoir alloué une rente, initialement, en se fondant principalement sur le rapport d'expertise du docteur R.\_\_\_\_\_. Or ce médecin posait exclusivement le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Par ailleurs, diagnostiquant un épisode dépressif avec syndrome somatique et un trouble dépressif récurrent avec syndrome traumatique greffé sur un syndrome douloureux persistant, le docteur C.\_\_\_\_\_ avait mis en évidence que le trouble somatoforme était au premier plan par rapport à l'état dépressif. Le 7 mai 2013, la recourante s'est déterminée et a maintenu ses conclusions. Le 13 janvier 2014, elle a produit un rapport du 16 décembre 2013 du docteur C.\_\_\_\_\_. Celui-ci y a exposé que la recourante bénéficiait d'un suivi individuel à son cabinet depuis juillet 2012, à raison de deux séances par mois. Elle présentait une souffrance psychique importante. Une tristesse éprouvée était visible, ainsi qu'une fatigabilité importante, des sentiments de dévalorisation, une grande culpabilité, des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes. Elle présentait également des ruminations, une irritabilité importante, des troubles de la concentration, des idées suicidaires non scénarisées et une importante baisse de la sensation de plaisir qui avaient nécessité l'introduction d'un traitement antidépresseur. La patiente relatait encore une forte diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, ainsi qu'une attitude morose et pessimiste face à son avenir. Elle avait perdu son père en 2000 et sa mère en 2010, tous les deux de cancer. Dernièrement, elle a été profondément bouleversée par l'annonce du cancer de sa sœur aînée. Cette nouvelle l'a anéantie et a réactivé ses blessures, encore ouvertes, par rapport à cette maladie qui avait déjà emporté ses deux parents. Tous ces événements ont eu pour conséquence de la faire régresser d'une façon considérable. Depuis, elle a des oublis encore plus frappants qu'auparavant (par exemple, elle oubliait le repas sur le feu), mettant sa propre vie en danger. Cette situation était devenue tellement alarmante que ses enfants avaient décidé de ne plus emmener les petits-enfants chez elle, afin de les protéger. Malheureusement, ce changement a engendré un renforcement de son sentiment de non-reconnaissance de sa maladie. En effet, elle se sentait incomprise et non reconnue dans son rôle de mère et de grand-mère. De plus, il lui était très difficile de verbaliser ce qu'elle ressentait dans cette situation. Elle a développé un comportement compulsif récurrent au cours de son diabète, qui perturbait considérablement sa vie et celle de son entourage (souci excessif de son taux de sucre, qu'elle mesurait plusieurs fois par jour). Depuis l'annonce de la maladie de sa sœur en juillet 2013, les symptômes de l'état dépressif se sont aggravés. Cet élément, notamment, a permis de poser les diagnostics de trouble dépressif sévère sans symptômes psychotiques et d'anxiété généralisée. Les déterminations de la recourante, ainsi que le rapport du 13 janvier 2014, ont été communiqués à l'intimé pour information. Le 29 septembre 2014, le tribunal a informé les parties qu'un jugement serait rendu dans un délai estimé à cinq mois. E n d r o i t : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA, ainsi que de l'art. 69 LAI (loi fédérale du 19 juin 1969 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), dans le domaine de

l'assurance-invalidité. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante au maintien de la rente d'invalidité allouée par décision du 26 juillet 1999. 3. a) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3.1). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité (« revenu hypothétique sans invalidité ») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (« revenu d'invalidité ») ; c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4). b) Nonobstant l'absence de modification de la notion d'invalidité, la jurisprudence a progressivement rendu plus sévères les conditions d'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité pour les assurés souffrant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Le Tribunal fédéral a ainsi posé la présomption qu'un trouble somatoforme douloureux, n'entraîne pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352). Cette jurisprudence s'applique également pour la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). Elle s'applique également aux troubles associés à une entorse cervicale (ATF 136 V 279). Toujours selon cette jurisprudence, le Tribunal fédéral présume que les syndromes mentionnés ci-avant ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Toutefois, certains facteurs, par leur intensité et leur constance, peuvent rendre la personne concernée incapable de fournir cet effort de volonté. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants figurent 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, 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), ainsi que 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). c) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Le Tribunal fédéral a considéré que la sévérité accrue avec laquelle le caractère raisonnablement exigible de la poursuite d'une activité lucrative en cas de syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique était désormais apprécié, depuis l'ATF 130 V 352, ne justifiait pas une révision du droit à une rente qui avait été allouée antérieurement. Il n'était ainsi pas conforme à la législation en vigueur de supprimer une rente allouée en raison d'un tel syndrome au motif que l'application de nouveaux critères jurisprudentiels conduirait désormais à apprécier différemment le caractère raisonnablement exigible de la reprise d'une activité lucrative par la personne titulaire de la rente, son état de santé étant par ailleurs resté inchangé (ATF 135 V 201). A la suite de cette jurisprudence, le législateur a adopté, dans le cadre de la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI (modification du 18 mars 2011 de la LAI [6<sup>e</sup> révision de l'AI, premier volet]), une disposition finale (let. a al. 1) prévoyant que les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique doivent être réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de cette révision, soit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012. La jurisprudence a par la suite interprété cette disposition en ce sens qu'elle n'était applicable qu'en cas de rente allouée exclusivement en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (ATF 139 V 547 consid. 10.1.1 ; cf. également TF 9C\_308/2013 du 26 août 2013 consid. 5). Dans une précision de jurisprudence, le Tribunal fédéral a ensuite considéré qu'il n'avait exclu l'application de la let. a al. 1 des dispositions finales de la révision 6a de la LAI, en cas de rente allouée en raison d'une syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires, d'une part, et d'atteintes à la santé objectivables, d'autre part, les deux types d'atteintes étant distincts, que si et dans la mesure où la rente pouvait être fondée sur ces dernières atteintes à la santé (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3 ; sur l'évolution de la jurisprudence). Enfin, le Tribunal fédéral a ajouté, dans un arrêt 9C\_121/2014 du 3 septembre 2014 (consid. 2.6), qu'en cas d'imbrication étroite du syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et des autres atteintes à la santé ayant fondé l'octroi initiale d'une rente d'invalidité, l'application de la let. a al. 1 des dispositions finales de la révision 6a reste exclue, à moins que les atteintes objectivables n'aient joué qu'un rôle secondaire, renforçant uniquement les effets du syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires. 4. a) En l'espèce, la procédure ayant conduit à l'octroi d'une rente d'invalidité, par décision du 26 juillet 1999, a comporté plusieurs étapes. Dans un premier temps, l'OAI a communiqué un projet de décision niant le droit aux prestations. En effet, le docteur R. \_\_\_\_\_ avait constaté, dans son expertise du 15 mai 1997, que la recourante

souffrait d'un trouble somatoforme douloureux, mais que cette atteinte à la santé n'entraînait aucune incapacité de travail. Le rapport du 14 juillet 1997 du docteur T. \_\_\_\_\_ à l'OAI allant dans le même sens, le docteur Q. \_\_\_\_\_, pour le SMR, avait proposé de se fonder sur cette expertise pour nier le droit aux prestations. Dans un second temps toutefois, la recourante a produit le rapport du 13 novembre 1997 du docteur S. \_\_\_\_\_ et de la psychologue F. \_\_\_\_\_, qui ont attesté une incapacité de travail totale en raison d'un trouble dépressif greffé sur un syndrome douloureux persistant. Le docteur C. \_\_\_\_\_ a également établi un rapport pour l'OAI, posant le diagnostic d'épisode dépressif avec syndrome somatique et de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, greffé sur un syndrome douloureux persistant et attestant une incapacité de travail totale. Compte tenu de ces documents médicaux, dans lesquels l'état dépressif était au premier plan, le docteur Q. \_\_\_\_\_ a proposé l'octroi d'une rente entière d'invalidité, à réexaminer. Compte tenu de ce qui précède, on ne saurait soutenir, comme le fait l'intimé, que le droit à la rente a été reconnu, initialement, essentiellement sur la base du rapport d'expertise du docteur R. \_\_\_\_\_, qui ne retenait qu'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Au contraire, l'intimé a alloué la rente, à l'époque, essentiellement en se fondant sur les rapports du 13 novembre 1997 du docteur S. \_\_\_\_\_ et de la psychologue F. \_\_\_\_\_, ainsi que sur celui établi ensuite par le docteur C. \_\_\_\_\_. Dans ces documents, l'incapacité de travail semblait attestée plus en raison d'un état dépressif que d'un trouble somatoforme douloureux, quand bien même la première atteinte s'était « greffée » sur la seconde. On doit donc admettre que la rente allouée à la recourante l'a été, dans une large mesure, en raison d'un état dépressif, qui n'est pas assimilé par la jurisprudence à un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires ; on admettra que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a également joué un rôle dans l'appréciation de l'incapacité de travail, les deux atteintes à la santé étant étroitement liées. b) aa) La recourante conteste l'application de la lettre a al. 1 des dispositions finales de la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI. Il convient toutefois d'examiner, préalablement, si l'intimé n'était pas légitimé à procéder à une révision ordinaire du droit à la rente, fondée sur l'art. 17 LPGA. bb) Depuis l'octroi initial d'une rente, et jusqu'à sa suppression par la décision litigieuse, le droit à la rente n'a plus fait l'objet d'un examen matériel par l'OAI. Le maintien de la prestation, lors des procédures de révision intermédiaires, était fondé sur un simple rapport du médecin traitant confirmant un état stationnaire, voire se péjorant. Il convient donc d'examiner quelle a été l'évolution de l'état de santé de la recourante entre la date d'octroi initial de la rente et celle de sa suppression. cc) En allouant la rente par décision du 26 juillet 1999, l'intimé a pris en considération un état dépressif, comme on l'a vu. Celui-ci était attesté par les docteurs S. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_. La recourante était à l'époque régulièrement suivie par une psychologue, sous la supervision de médecins psychiatres. Or, il ressort des différentes pièces au dossier, notamment du rapport d'expertise du docteur V. \_\_\_\_\_, que ce suivi a été interrompu peu après la décision du 26 juillet 1999. Le docteur V. \_\_\_\_\_ mentionnait une interruption en 1998 déjà, mais cette interruption était en réalité plus récente. En effet, le 28 octobre 1998, le docteur C. \_\_\_\_\_ signalait encore une psychothérapie en cours et, par la suite, la recourante a indiqué, lors de la première procédure de révision du droit à la rente, qu'elle était suivie par H. \_\_\_\_\_, psychologue auprès de l'association U. \_\_\_\_\_, la dernière consultation remontant au 12 avril 2000 (réponses du 25 septembre 2000 au questionnaire de révision). Dans son rapport du 8 décembre 2000 à l'OAI, le docteur G. \_\_\_\_\_ a également mentionné qu'une psychothérapie de soutien était en cours. En revanche, lors de la

deuxième procédure de révision, la recourante n'a plus indiqué être suivie par un psychiatre ou un psychologue (réponses du 18 janvier 2005 au deuxième questionnaire de révision) ; le docteur G. \_\_\_\_\_ n'a pas davantage fait état d'un tel suivi. On doit en conclure que la recourante a interrompu ses consultations auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue entre les années 2000 et 2005, le plus probablement dans le courant de l'année 2000 ou peu après. Dans son rapport d'expertise du 9 juillet 2012, le docteur V. \_\_\_\_\_ a constaté que la recourante présentait désormais une dysthymie, n'entraînant aucune incapacité de travail. Il considérait que l'épisode dépressif pour lequel l'assurée avait consulté les docteurs S. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ s'était résolu au cours de l'année 1998, sans que l'assurée ou son médecin traitant puisse préciser une date d'arrêt claire du traitement psychiatrique, et proposait, « dans ces conditions », de retenir « la date théorique du 01 janvier 1999 à partir de laquelle, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail de 100 % aurait pu être exigée ». Cette imprécision sur la date à partir de laquelle la recourante a interrompu le suivi psychiatrique, soit sur un point pouvant paraître secondaire pour l'expert, ne permet pas de nier en bloc la valeur probante du rapport d'expertise, qui remplit, pour le surplus, les critères posés par la jurisprudence pour se voir attribuer une pleine valeur probante. Tout au plus convient-il de considérer, au vu de ce qui précède, que l'interruption du suivi psychiatrique et l'amélioration de l'état de santé de la recourante ne date pas de 1998, mais de la période comprise entre la fin de l'année 2000 et le début de l'année 2005. Pour le surplus, le docteur V. \_\_\_\_\_ est convaincant lorsqu'il expose pourquoi il ne retenait plus, désormais, que le diagnostic de dysthymie, et pourquoi il estimait que cette atteinte n'entraînait pas d'incapacité de travail. Partant, force est de constater que l'état dépressif ayant fondé, dans une large mesure, la reconnaissance du droit à la rente en 1999 n'est plus présent et qu'une révision au sens de l'art. 17 LPGA est justifiée de ce point de vue. c) Les docteurs X. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ n'ont pas posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, mais ont néanmoins constaté un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie) et un syndrome de fatigue chronique. Malgré leur divergence de diagnostic par rapport à celui posé en 1998 par le docteur R. \_\_\_\_\_, il convient d'admettre que la recourante présentait encore le syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires qui avait fondé, avec l'état dépressif, l'octroi initial d'une rente d'invalidité. L'état dépressif ayant fait place à une dysthymie, sans influence sur la capacité de travail, rien ne s'opposait à l'application de la let. a al. 1 des dispositions finales de la 6<sup>ème</sup> révision de l'AI pour examiner si le trouble somatoforme douloureux – selon le docteur R. \_\_\_\_\_ – ou la fibromyalgie – selon les docteurs X. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ – justifiait encore le droit à la rente, au regard des critères désormais posés par la jurisprudence en la matière. Tel n'est pas le cas : les docteurs X. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ n'ont pas mis en évidence de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité ou sa durée et n'ont pas constaté d'affection corporelle chronique. Ils ont mentionné plusieurs circonstances permettant de constater l'absence d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, la recourante ayant déclaré avoir peu d'amis, mais des connaissances qu'elle voit régulièrement, et ayant exposé être en mesure de garder sa petite-fille de 8h30 à 15h30 trois fois par semaine. Elle allait également à la piscine deux à trois fois par semaine. L'absence de traitement psychiatrique, depuis plusieurs années, exclut également de considérer que les critères de l'absence d'évolution possible au plan thérapeutique, et de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art seraient remplis. Il est vrai que ces constats tranchent avec ceux qui avaient conduit, en septembre 2010, à l'octroi d'une allocation pour impotent, principalement en

raison d'un retrait social lié à l'état dépressif de la recourante. Mais la situation s'est améliorée depuis lors, puisque la recourante ne sortait jamais seule et était accompagnée de son époux pour tous les achats, et que les repas, l'entretien de l'appartement, la lessive et le repassage étaient pris en charge par sa fille. Lors de l'expertise réalisée par les docteurs V.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, ainsi que de l'entretien du 19 octobre 2012 avec un conseiller en réadaptation de l'intimé, la recourante était au contraire en mesure de prendre le bus seule pour autant qu'elle connaisse la ligne, de préparer les repas, de garder sa petite-fille plusieurs fois par semaine, de faire le ménage léger ou de se charger de courses légères, ainsi que de voir parfois des amis et souvent sa famille. Dans ces circonstances, le constat, par les docteurs X.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ d'une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée, telle que celle pratiquée précédemment, ne prête pas flanc à la critique. L'intimé a donc revu et mis fin à juste titre au droit à la rente. d) La recourante a produit un rapport du 16 décembre 2013 du docteur C.\_\_\_\_\_, faisant état d'une nouvelle péjoration de son état de santé psychique, principalement après qu'elle a appris, en juillet 2013, que sa sœur aînée était atteinte d'un cancer. Il s'agit de circonstances postérieures à la date de la décision litigieuse, du 16 janvier 2013, de sorte qu'elles ne permettent pas de la remettre en cause dans la présente procédure (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b). 5. Vu ce qui précède, la recourante voit ses conclusions rejetées et supportera les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI). Elle ne peut pas prétendre de dépens à la charge de l'intimé (art. 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 16 janvier 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jean-Marie Agier (pour B.\_\_\_\_\_), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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