

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 septembre 2019

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
MM. Berthoud et Küng, assesseurs  
Greffier : M. Klay

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat  
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 46 LPGA ; art. 4 al. 1, 28, 29 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un formulaire de détection précoce du 27 mars 2012, invoquant une incapacité de travail totale dès mars 2010 en raison de divers troubles psychiques.

Dans un rapport initial du 18 avril 2012, un collaborateur de l'OAI a indiqué que l'assurée, titulaire d'un CFC de téléphoniste, souffrait de troubles bipolaires diagnostiqués en 2010. Elle avait présenté également plusieurs crises avant cette date. Elle avait notamment eu un suivi en 2008 auprès du centre psychiatrique du Centre hospitalier R.\_\_\_\_\_ (ci-après : le R.\_\_\_\_\_), qu'elle avait néanmoins interrompu rapidement.

L'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations datée du 29 juin 2012 en vue de l'obtention d'une rente ou de mesures professionnelles, invoquant un trouble bipolaire et une alternance entre des périodes d'euphorie et de dépression existant depuis toujours, mais évoqués en 2006 puis confirmés en 2008. Cette demande a été indexée par l'OAI le 10 juillet 2012.

Le 23 juillet 2012, un extrait du compte individuel (CI) de l'intéressée a été versé à son dossier auprès de l'OAI.

Le 19 septembre 2012, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % depuis toujours dans le domaine de la programmation musicale par intérêt personnel.

Aux termes d'un rapport du 30 octobre 2012, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de trouble affectif bipolaire, en indiquant suivre l'assurée depuis le 2 décembre 2008 et que celle-ci avait bénéficié d'une

prise en charge aux « urgences-crise psychiatriques » du 30 septembre 2008 au 5 janvier 2009. En annexe, le Dr B.\_\_\_\_\_ a produit un rapport du 6 janvier 2009, par lequel le Dr D.\_\_\_\_\_ et la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie auprès du département de psychiatrie du R.\_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et de traits de la personnalité émotionnellement labiles.

Dans un avis du 19 décembre 2012, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que le diagnostic de trouble bipolaire était plausible au regard de l'anamnèse et d'un trouble addictif. Il suggérait d'attendre la mise en place des mesures de réinsertion prévues.

L'assurée a bénéficié d'un entraînement à l'endurance auprès de la Fondation L.\_\_\_\_\_. A teneur d'une note de suivi du 23 mai 2013 ensuite d'un entretien entre une collaboratrice de l'office, l'intéressée et le Dr B.\_\_\_\_\_, celui-ci a considéré que le pronostic n'était pas très optimiste à court et à moyen terme. En effet, dans un cadre très rassurant où l'assurée avait du plaisir à aller, elle n'était toujours pas arrivée, même après six mois, à atteindre quatre heures par jour. Si elle avait fait une bonne évolution personnelle, on était encore loin de pouvoir fixer un projet professionnel.

Par rapport du 11 juin 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

**« Renseignements cliniques et réponses**

Mme [...] a souffert pendant de nombreuses années d'un trouble de la personnalité borderline qui a beaucoup compliqué, aggravé et masqué son trouble bipolaire. C'est aussi ce qui explique le «retard» du diagnostic de ce trouble. Aujourd'hui, les aspects «borderline» de la personnalité de Mme W.\_\_\_\_\_ se sont bien estompés, au prix d'un important travail sur elle-même. Ils se sont estompés au point que l'on ne trouve plus — aujourd'hui, j'insiste — des critères cliniques suffisants pour que je note encore ce diagnostic. Mais Mme W.\_\_\_\_\_ garde une très, très grande difficulté à gérer ses

émotions. Aujourd'hui, ce qu'elle a le plus appris, c'est à se contrôler suffisamment pour ne plus — ou beaucoup moins — occasionner de souffrances à son entourage, que cet entourage soit constitué de connaissances, de copains ou d'amis plus proches. Mais cela ne l'empêche pas de vivre ses émotions d'une manière extrêmement intense. Elle contrôle l'expression de ces émotions, elle gère son impulsivité, mais c'est au prix du retrait social. Elle reste une personne hypersensible, qui ressent très fort les aspects émotionnels des choses et des gens. Et lorsqu'une émotion intense s'est déclenchée en elle, elle ne peut l'éteindre qu'en se retirant, en refusant tout contact interpersonnel pendant des durées de quelques heures à quelques dizaines d'heures. Ce qui n'est pas compatible avec un poste de travail rémunéré.

Sur le plan clinique et sur le plan interpersonnel, on ne peut donc que se réjouir d'une très grande amélioration chez Mme W.\_\_\_\_\_. Et d'ailleurs, pour elle-même, cela équivaut aussi à un vrai progrès de sa qualité de vie.

Mais sur le plan de sa capacité de travail, force est de constater qu'il n'y a pas d'amélioration significative. Mme W.\_\_\_\_\_ est la première personne affectée par ce constat. Par le passé, au décours de telle ou telle phase maniaque, elle a eu tendance à surestimer ses capacités, ce qui a occasionné beaucoup de problèmes avec ses employeurs et avec son entourage, lorsque, à bout, elle n'a pas pu tenir ce qu'elle s'était promis et ce qu'elle avait promis. Aujourd'hui, elle reconnaît que ses capacités sont limitées.

Après une période d'espoir, espoir nourri par la mesure de réadaptation, elle doit malheureusement se rendre à l'évidence. Elle n'atteint pas une capacité de travail de 50%. Même dans un cadre adapté. Même sérieusement adapté, tel celui de la mesure de réadaptation. Même dans ce cadre-là, elle a eu beaucoup de peine à arriver à une «capacité effective» de travail de 40%.

Sur le plan des décompensations bipolaires (maniaques ou hypomanes), l'état de Mme W.\_\_\_\_\_ s'est beaucoup amélioré, puisqu'il n'y a rien eu d'autre, depuis en tout cas une année, que des «petites alertes» où elle était partie en euphorie ou en «presque déprime». Mais elle s'en est rendu compte et cela n'a plus débouché sur un épisode cliniquement bruyant. Cependant, dans ces périodes-là — plusieurs dans l'année, quand même —, il est clair que Mme W.\_\_\_\_\_ n'aurait pas pu tenir en emploi et que le fait qu'elle soit sans obligation professionnelle a contribué à éviter la décompensation clinique, maniaque ou dépressive. »

Dans un avis du 15 juillet 2013, le Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR s'est dit étonné de ne voir apparaître aucun traitement, l'amélioration de l'humeur sous lithium et autres étant un des arguments du trouble bipolaire. Il sollicitait un rapport intermédiaire du Dr B.\_\_\_\_\_ en lui demandant de bien préciser le traitement actuel, si un monitoring avait été établi et si, en cas de prise de lithium, il disposait des relevés des analyses biologiques récentes de la fonction rénale.

Aux termes d'un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2013, le Dr B. \_\_\_\_\_ a expliqué que l'assurée suivait un traitement de Dépakine institué en janvier 2009, que la compliance était « bonne » depuis environ une année et que si la dose pouvait paraître faible, elle répondait au cahier des charges « dose minimale (cliniquement) efficace et qui permet[tait] à la patiente de ne pas se sentir émoussée, émotionnellement ».

Une expertise a été ordonnée et confiée au Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre J. \_\_\_\_\_ de psychiatrie (ci-après : J. \_\_\_\_\_), dont le rapport a été daté du 31 mars 2014. A teneur du préambule de ce rapport, l'expertise a été conjointement établie par la Dre P. \_\_\_\_\_, médecin psychiatre en formation au J. \_\_\_\_\_, et le Dr M. \_\_\_\_\_, en sa qualité de co-expert. Ces médecins ont apprécié la situation de l'assurée comme suit :

« [...] »

#### **4. Diagnostics (selon CIM-10)**

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents ?

Pas de troubles psychiatriques avec répercussion sur la capacité du travail.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents ?

F31.0 Trouble affectif bipolaire depuis 2004, dernier épisode hypomaniaque en rémission

#### **5. Appréciation du cas et pronostic**

L'humeur est définie comme une tonalité affective fondamentale qui influence profondément ses propres conceptions, la perception de soi et des autres et de l'environnement en général. Les troubles de l'humeur sont fréquents, potentiellement fatals et accessibles à des traitements particulièrement efficaces, notamment en cas de variations importantes de l'humeur. Dans la CIM-10, les troubles de l'humeur sont divisés en troubles dépressifs majeurs, troubles bipolaires (I et II), trouble dysthymique, trouble cyclothymique, trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale, trouble de l'humeur induit par une substance et la catégorie générale des troubles dépressifs et bipolaires non spécifiés.

Nous avons retenu le diagnostic de trouble affectif bipolaire, trouble caractérisé par plusieurs épisodes (au moins 2) au cours desquels l'humeur est [*sic*] le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression).

Des éléments obtenus à partir de l'anamnèse psychiatrique avec l'assurée mettent en évidence des critères cliniques compatibles avec le diagnostic de trouble affectif bipolaire.

Les phases dépressives ou « les descentes aux enfers », selon l'assurée, sont associées à des symptômes tels que la diminution de la confiance en soi, sentiments subjectifs de tristesse, des idées de culpabilité et de dévalorisation, perturbation du sommeil et des idées suicidaires scénarisées comme « se jeter depuis le balcon ou sous une voiture ».

Le rapport médical du 6.1.2009 signé par les Dr D. \_\_\_\_\_ et Dr C. \_\_\_\_\_ mentionne un suivi au service des urgences-crises psychiatriques en 2004, où le diagnostic d'un trouble bipolaire est retenu. Le rapport médical du 30.10.2012 signé par le Dr B. \_\_\_\_\_ mentionne également le diagnostic de trouble affectif bipolaire.

Chez l'assurée, les épisodes d'exaltation de l'humeur sont de type hypomaniaque (Mme W. \_\_\_\_\_ parle de « crises de joie »). Classiquement, les phases sont caractérisées par une période délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon persistante, clairement différente de l'humeur non-dépressive habituelle et ce tous les jours pendant au moins 4 jours, augmentation de l'estime de soi, plus grande communicabilité que d'habitude, sensations subjectives que les pensées défilent, sentiment subjectif de bien-être et d'efficacité physique et psychique, distractibilité.

L'anamnèse ne révèle pas la notion de comportements erratiques et désinhibés, et absence de notion du développement excessif des activités et responsabilités.

Cette élation de l'humeur est vécue comme agréable et l'assurée avoue ne pas prendre le traitement psychotrope Dépakine dans le but de vivre ces élations de l'humeur (« ce traitement m'enlève les crises de joie »).

Mme W. \_\_\_\_\_ avoue avoir été compliant au traitement stabilisateur de l'humeur durant le déroulement des mesures de réadaptation auprès de la Fondation L. \_\_\_\_\_. Toutefois elle n'est pas parvenue à atteindre la capacité de travail à 50% qui avait été demandée. Soulignons que d'après le dossier OAI, il n'existe pas de monitoring durant ce temps, ne nous permettant pas de nous prononcer sur une CT [capacité de travail] partiellement intacte (soit 50%), malgré la prise de psychotropes.

Le trouble bipolaire présente une bonne réponse au traitement par des stabilisateurs de l'humeur. Il existe actuellement une large palette de produits avec cette indication. En dehors des phases de décompensation (maniaques, hypomaniaques ou dépressives) qui impliquent une diminution voire une incapacité pleine, la capacité de travail est intacte.

## **B. Influences sur la capacité de travail**

### **1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

Pas de limitation psychiatrique quantitative ou qualitative au moment de l'entretien et en dehors des phases de décompensation.

au plan physique  
au plan psychique et mental  
au plan social

### **2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

Pleine capacité de travail concomitant avec une compliance thérapeutique (médicamenteuse).

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail. A partir de quand peut-on admettre cette capacité dans une activité adaptée ?

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

### **3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**

Oui.

## **C. Influences sur la réadaptation professionnelle**

### **1. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ?**

Je n'ai pas à répondre à cette question.

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelle raison ?

**2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Oui, par l'instauration et le respect d'un traitement adéquat.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

**3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?**

Je n'ai pas à répondre à cette question.

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?

3.5 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

**Remarques :**

Nihil. »

Dans un avis du 21 avril 2014, le Dr G. \_\_\_\_\_ a proposé de suivre cette expertise qu'il estimait probante.

Par projet de décision du 12 juin 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 mars 2013 et un quart de rente du 1<sup>er</sup> avril 2013 au 31 mai 2014 sous déduction des indemnités journalières perçues durant le stage d'entraînement à l'endurance. L'Office a précisé que l'intéressée présentait une incapacité totale de travail et de gain au 1<sup>er</sup> mars 2011 (échéance du délai de carence) mais que, dans la mesure où la demande de prestations du 10 juillet 2012 était tardive, le droit à la rente était né le 1<sup>er</sup> janvier 2013, soit six mois après le dépôt de la demande. L'état de santé de l'assurée s'était amélioré dès cette date, ce qui expliquait le droit

à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2013, soit trois mois après cette amélioration. La capacité de travail et de gain étant entière dès le 3 février 2014, le droit à la rente s'était éteint le 31 mai 2014, à savoir trois mois après l'amélioration.

Le 9 juillet 2014, le Dr B. \_\_\_\_\_ s'est adressé à l'Office en ces termes :

« J'ai pris connaissance du rapport d'expertise médicale effectuée par le J. \_\_\_\_\_ le 3 février 2014

Je conteste absolument la conclusion selon laquelle Mme W. \_\_\_\_\_ jouirait d'une capacité de travail pleine et entière, même en tenant compte de son adhésion ou pas à un traitement stabilisateur de l'humeur. L'expert a lui-même relevé que durant son stage d'évaluation à la Fondation L. \_\_\_\_\_, Mme W. \_\_\_\_\_ n'a pas atteint une capacité de travail de 50%, bien que prenant sa médication et bien qu'étant à ce moment-là stable sur le plan de son trouble bipolaire. Il passe totalement sous silence ses difficultés liées aux relations interpersonnelles et à la gestion des émotions, difficultés relevant du diagnostic «trouble de la personnalité émotionnellement labile». Il est médicalement et psychiatriquement clair que ces deux troubles viennent se compliquer l'un l'autre, chez Mme W. \_\_\_\_\_. C'est lors d'un stage en milieu particulièrement protégé, en relation avec un encadrement compréhensif et soutenant, sans exigences de rentabilité, en prenant correctement sa médication, en étant stabilisée sur le plan du trouble bipolaire qu'elle n'a même pas assuré un 50 % de présence. Il est donc parfaitement incorrect d'attribuer une capacité de travail de 100% à Mme W. \_\_\_\_\_. C'est en contradiction totale tant avec son histoire de vie qu'avec cette vraie évaluation sur le terrain.

[...] »

Aux termes d'un avis du 2 septembre 2014, une juriste de l'OAI a considéré ce qui suit :

« [...]

A la suite de l'envoi du projet d'octroi de rente limitée dans le temps du 12.06.2014, nous avons reçu un courrier du médecin traitant/MT de l'assurée, le Dr B. \_\_\_\_\_. La gestionnaire l'avait précédemment eu au téléphone et l'avait invité à nous contacter par écrit. A noter que ce médecin est au bénéfice d'une procuration du 18.06.2014 l'autorisant uniquement à obtenir de notre part une copie du rapport d'expertise.

Pour le bon ordre du dossier, il a été convenu avec la gestionnaire qu'un courrier soit envoyé ce jour à l'assurée, lui transmettant le courrier du médecin et lui expliquant que nous allons le traiter

comme une contestation de sa part dans le cadre de la procédure d'audition, en la priant de nous confirmer son accord écrit dans ce sens.

En effet, après examen du courrier du médecin et de l'expertise contestée ainsi que de l'avis SMR y relatif, il ressort selon moi différents éléments qui nous conduisent à poursuivre notre instruction :

1. L'expertise parle (p. 7) d'une CT de 100% dans une activité adaptée (CTAA) tout en ajoutant « en dehors des phases de décompensation », ce qui semble contradictoire avec le taux de 100% précité.

Sur le problème des décompensations, le rapport du médecin traitant du 11.06.2013 évoque pour sa part une amélioration sur le plan des décompensations bipolaires tout en indiquant également que pendant de telles périodes, l'assurée n'aurait pas pu tenir en emploi, le fait qu'elle ait été sans obligation professionnelle ayant contribué à éviter la décompensation clinique.

Comment faut-il comprendre cela : est-ce que l'expertise veut dire que la CTAA est de 100% car le traitement permet d'éviter à l'assurée les phases de décompensation ?

2. Peut-on désormais parler de stabilisation et depuis quand ? La question, liée à la précédente, semble en effet se poser si on parle d'une CTAA de 100% ; or cela ne ressort pas expressément de l'expertise.

NB : à ce propos, le rapport médical du 01.10.2013, duquel il est déduit une stabilisation par le SMR (dans son avis du 12.10.2013) et par les experts (« notion de stabilisation » sous point 6 de la p.4) ne parlait pas non plus directement de stabilisation ; cela d'autant plus que comme le relève le SMR, il n'y a pas eu de monitoring de la prise du traitement. Pouvait-on quand même déjà parler de stabilisation ?

Ces 2 questions sont-elles suffisamment claires pour le SMR ou faut-il réinterroger les experts ?

[...] »

Dans un avis du 11 septembre 2014, le Dr G.\_\_\_\_\_ a réitéré qu'il considérait que l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_ et de la Dre P.\_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante. Il a ajouté que les experts n'avaient pas mis en évidence de troubles de la personnalité ; le Dr B.\_\_\_\_\_ lui-même dans ses rapports des 30 octobre 2012 et 11 juin 2013 ne posait pas de diagnostic de trouble de la personnalité ayant une influence sur la capacité de travail et, dans leur rapport du 6 janvier 2009, le Dr D.\_\_\_\_\_ et la Dre C.\_\_\_\_\_ n'avaient relevé que des traits de la personnalité.

L'assurée avait travaillé jusqu'à l'âge de 38 ans au moins. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a aussi estimé qu'il était faux de dire que le fait d'être sans obligation professionnelle protégerait l'intéressée des décompensations ; il en voulait pour preuve notamment qu'elle avait été licenciée en 2010 et que ce n'était qu'en juillet 2012 qu'une demande avait été déposée auprès de l'OAI.

Aux termes d'un courrier du 12 décembre 2014, l'Office a, en substance, informé l'assurée qu'il estimait que l'expertise revêtait une pleine valeur probante et que le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 9 juillet 2014 ne fournissait aucun élément ou motivation susceptible de mettre en doute les conclusions de dite expertise, de sorte qu'il n'y avait pas matière à s'en écarter.

Par décision du 4 février 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision du 12 juin 2014.

**B.** Par acte du 25 février 2015, W. \_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Jean-Marie Agier, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision, en concluant à sa réforme « en ce sens qu'il est dit que la rente entière à laquelle W. \_\_\_\_\_ a droit ne peut s'arrêter au 31 mars 2013 et, aussi, que c'est au 1<sup>er</sup> septembre 2012 qu'elle doit prendre naissance et pas seulement au 1<sup>er</sup> janvier 2013 ». Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. En substance, elle a confirmé considérer le rapport d'expertise comme non probant.

Au terme d'une décision du 27 février 2015, la juge instructrice a accordé à l'intéressée le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 25 février 2015, comprenant notamment l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Agier.

Par réponse du 25 mars 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, réitérant sa position.

Par déterminations du 8 avril 2015, respectivement du 4 mai 2015, la recourante, respectivement l'intimé ont maintenu leurs conclusions.

Le 10 mars 2016, la juge instructrice a ordonné un complément d'expertise auprès du J.\_\_\_\_\_. Par rapport du 10 mai 2016, le Dr M.\_\_\_\_\_ et la Dre P.\_\_\_\_\_ y ont répondu comme suit :

*« 1. En l'absence d'une échelle objective de la sévérité du trouble bipolaire, qu'est-ce qui vous permet de considérer que le trouble bipolaire de Madame W.\_\_\_\_\_ n'est source pour elle d'une incapacité de travail ? Qu'est-ce qui, dans l'entretien que vous auriez eu avec elle, vous permet de le dire ? Avez-vous des éléments biographiques à l'appui de votre thèse ?*

Au moment où l'assurée était évaluée, soit le 3 février 2014, le diagnostic de Trouble affectif bipolaire, dernier épisode hypomaniaque en rémission, a été retenu ; il n'y avait donc nullement d'indications à utiliser des échelles objectives des troubles de l'humeur (échelle de dépression de Hamilton ; échelle de dépression de Montgomery et Asberg ; échelle de manie de Young ; questionnaire des troubles de l'humeur).

Dans le rapport médical du 1.10.2013 du Dr B.\_\_\_\_\_, il est précisé que le traitement psychotrope de l'assurée est composé de Dépakine 600 mg/j et Temesta® et que le cas est stabilisé depuis un an, ce qui correspond à la période durant laquelle l'assurée a pu être réinsérée auprès de la Fondation L.\_\_\_\_\_ jusqu'au 7.6.2013 (rapport SMR - Dr G.\_\_\_\_\_ - du 15.7.2013).

Durant l'entretien du 3.2.2014, l'assurée confirme qu'elle ne prend plus son traitement (stabilisateur de l'humeur) Dépakine depuis « quelques mois », correspondant à la fin de son stage à la Fondation L.\_\_\_\_\_.

*2. A aucun moment, vous ne mentionnez le trouble de la personnalité borderline, pourtant sévère, que présente Madame W.\_\_\_\_\_ ? Pourquoi ?*

Certains troubles de la personnalité tels que la personnalité borderline présentent des similitudes symptomatiques avec les troubles bipolaires ; ainsi la labilité émotionnelle et l'impulsivité sont des dimensions communes aux deux pathologies. Pour les troubles bipolaires, les symptômes doivent s'inscrire dans le cadre d'un épisode et se majorer nettement par rapport à l'état habituel. Un diagnostic de trouble de la personnalité ne doit pas être posé au cours d'un épisode non traité. Selon l'anamnèse médicale contenue dans le dossier, les éléments anamnestiques fournis par Madame W.\_\_\_\_\_ et tenant compte de l'évaluation de cette dernière le 3.2.2014, nous n'avons pas relevé de critères diagnostiques suffisants pour une personnalité borderline. Absence des critères suivants :

- 1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés ;
- 2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses ;
- 3) perturbation de l'identité ;
- 4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables (par ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). Chez l'expertisée, d'après l'anamnèse, il y a eu une impulsivité dans un seul domaine : la toxicomanie, d'une durée limitée, arrêtée à 21 ans (rapport SMR — Dr G. \_\_\_\_\_ — du 19.12.12) ;
- 5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilation ;
- 6) sentiments chroniques de vide ;
- 7) colères intenses et inappropriées ;
- 8) survenue transitoire, dans des situations de stress, d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

3. *Un trouble de la personnalité borderline, en particulier quand il est sévère, interfère avec et complique un trouble bipolaire. Contestez-vous ce fait ?*

Je n'ai plus à répondre à cette question. Cf. réponse à question 2.

4. *Avez-vous des arguments objectifs qui contredisent l'affirmation selon laquelle les sérieux traumatismes et abus subis par Madame W. \_\_\_\_\_ tout au long de sa vie permettent de comprendre sa désadaptation sociale et son incapacité à tenir un poste de travail dans la durée ?*

Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress comprennent : le trouble réactionnel de l'attachement, la désinhibition du contact social, le trouble de stress post-traumatique, le trouble de stress aigu et les troubles de l'adaptation. La détresse psychologique qui suit l'exposition à un événement traumatique ou stressant est très variable.

En l'absence de critères diagnostiques suffisants des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress pendant l'évaluation du 3.2.2014 de l'expertisée, nous n'avons pas d'arguments objectifs permettant de comprendre la désadaptation sociale de Madame W. \_\_\_\_\_.

5. *Puisque vous admettez, dans votre rapport du 31 mars 2014, que le trouble bipolaire de Madame W. \_\_\_\_\_ a été, durant les phases de décompensation, cause d'une incapacité de travail, de quand à quand ces périodes ont-elles duré et pour quel taux d'incapacité ?*

Nous n'avons pas à répondre à cette question. Cf. rapport médical du 30.10.2012 du Dr B. \_\_\_\_\_ et les incapacités de travail respectives. »

Le 6 juin 2016, la recourante, représentée désormais par Me Karim Hichri, s'est déterminée et a maintenu sa position, en faisant valoir que le complément d'expertise ne pouvait se voir reconnaître une valeur probante.

Par déterminations des 6, 23 et 27 juin 2016, les parties ont confirmé leurs conclusions.

Le 7 février 2017, la juge instructrice a ordonné une expertise judiciaire, confiée au Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin a rendu le rapport d'expertise le 22 août 2018. Il a fait suite à six entretiens avec Mme V.\_\_\_\_\_, psychologue, l'un en présence de l'expert, et trois entretiens avec ce dernier d'une durée totale de 5 h. 30. L'expert a également eu un entretien téléphonique avec la recourante d'une heure, a pu consulter les notes de l'infirmière à domicile, Mme Q.\_\_\_\_\_, qui suivait l'intéressée (notes du 13 janvier 2015 au 18 juillet 2018) et s'est fondé sur les réponses (six pages) à un questionnaire qu'il avait adressé au Dr B.\_\_\_\_\_. Il a eu aussi deux entretiens d'une durée totale de 49 minutes avec Mme Q.\_\_\_\_\_ et un entretien de 30 minutes avec celui qui fut le tuteur ou le curateur de l'intéressée. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a conclu son rapport comme suit (sic) :

« [...] »

### 6.3.3 Conclusion diagnostique

Au terme de l'évaluation diagnostique nous avons donc identifié :

- Trouble affectif : **trouble bipolaire de type I à cycles rapides actuellement en rémission F 31.7**
- Problématique anxieuse : **trouble agoraphobie avec attaques de panique F 40.0 et phobie sociale F 40.1** (probablement sans lien important avec le trouble dissociatif)
- Pas de diagnostic retenu quant à un trouble de la personnalité
- Trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité **trouble du déficit de l'attention à prédominance inattentive et d'intensité prononcée**, selon les critères du DSM IV et V, correspondant dans la CIM-10 à un trouble simple de l'activité et de l'attention F90.0
- Phénomènes dissociatifs : status après traumatismes psychiques multiples et **Trouble dissociatif de l'identité autre, spécifié.** (DSM 300.15 CIM-10 F 44.89)
- Problématiques addictives  
Absence de diagnostic actuel, consommations et abus sporadiques d'alcool, cannabis et cocaïne, complication des affections ci-dessus et donc secondaires.
- Status après troubles alimentaires dans l'adolescence

- Ronchopathie avec suspicion d'un syndrome d'apnée du sommeil

#### 6.3.4 Appréciation de la sévérité des troubles

##### 6.3.4.1 Impact des troubles diagnostiqués sur les différents aspects de la vie

Tant le trouble bipolaire que le trouble dissociatif, fruit de traumatismes multiples subis dès l'enfance, sont des facteurs de grande insécurité, la sécurité étant reconnue comme un besoin élémentaire de tout être humain.

Conjointement au TDAH [trouble déficitaire de l'attention, avec ou sans hyperactivité], ils ont déstabilisé la vie de l'assurée dans tous les domaines de la vie dès l'enfance et se sont compliqués de troubles anxieux invalidants ainsi que de phases de consommation de substances préjudiciables. Ils ont également contribué à porter une atteinte fluctuante mais durable à l'envie de vivre.

Par la tendance de l'assurée, liée aux traumatismes subis, à faire comme si de rien n'était ou à contrôler les situations par l'évitement, l'importance des thématiques autres que bipolaires a été ignorée et les affections non traitées.

Pour le Tribunal fédéral des assurances (ATF 141 V 281) seules les atteintes psychiques permettant une vue d'ensemble cohérente, inaccessibles à toute thérapie et restreignant durablement les capacités fonctionnelles et/ou les ressources psychiques peuvent être reconnues comme invalidantes.

En théorie donc, il ne va pas de soi que toute la liste de problématiques évoquées suffise pour en documenter la gravité et le caractère invalidant.

S'agissant de l'exigence d'une « limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie », elle est en contradiction avec la nature tant d'un trouble bipolaire, que d'un TDAH que d'un trouble dissociatif de l'identité, car l'incohérence est le propre des trois affections :

Un patient bipolaire « pur » pourrait, dans les intervalles libres en dehors des décompensations, fonctionner normalement, avec toutefois le poids de la conscience de son passé (y compris les situations potentiellement traumatiques) et les attentes négatives quant à son avenir, mais décompense sans crier gare sur un mode ou un autre, après des jours, des mois des années ou des décennies, et ces modes peuvent être du registre dépressif, du registre maniforme ou être mixte et donc instables d'heure en heure, de jour en jour. (Je ne crois pas qu'un tel état que l'on qualifierait de mixte, rende à lui seul compte des limitations de l'assurée, mais entre des cycles rapides et un état mixte, la transition est plus une question de définition que de dynamiques fondamentalement différentes)

Un patient souffrant de TDAH et qui a pu trouver une activité passionnante n'a alors presque pas de déficit d'attention : il est au contraire difficile à « sortir » de son activité alors que brusquement,

et, sans crier gare, il perd son élan pour quelques jours ou heures d'apathie totale : c'est ce que décrit le Dr B. \_\_\_\_\_ dans son mail du 21.8.18.

Quant aux personnes souffrant des suites de blessures psychiques, quelle qu'en soit la gravité, leur état change du tout au tout lorsque « le passé remonte » à la faveur d'un souvenir ou d'une ressemblance subjective, réactivant aussi les troubles anxieux.

Au vu de l'incohérence, de la perte d'intégration de la personnalité atteinte d'un trouble dissociatif de l'identité, forme plus grave et plus difficile à traiter, son fonctionnement ne saurait satisfaire l'exigence d'une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie : selon la part de sa personnalité « aux commandes » ses aptitudes changent du tout au tout !

Il faut sans doute en conclure que les juges, et les experts qu'ils auront consultés, n'avaient pas en tête les particularités de ces atteintes pour énoncer les exigences pour une atteinte psychique grave...

Dans sa partie déprimée et souffrante, l'assurée n'est que dépendance, impuissance, angoisses et agonie, dans sa partie contrôlante, elle se déteste ainsi, elle est sûre de surmonter ou d'éviter tous les problèmes par elle-même et dans sa partie détachée, qui ne veut rien savoir de tout cela, elle cherche à faire comme si de rien n'était, en se confinant dans un petit monde où elle espère trouver une paix d'autant plus menacée que la pérennité de son lieu de vie n'est pas garantie. Parfois, cela la rend confuse, au point de vouloir déléguer toute décision à autrui, parfois, elle veut en finir.

Il se peut qu'une partie de ses troubles anxieux soit en lien avec des expériences traumatiques, mais elles sont en tout cas une source de limitations importantes qui tombent quand elle est « haute » et qu'elle a bu... avant de se retrouver dans les carcans de la dépression et de la culpabilité, devant rester couchée sous le poids d'une inertie qui l'écrase.

Finalement, sa seule demande, c'est qu'on lui accorde ses moyens de survie ; un havre de paix, une présence bienveillante, la nature.

On me demande de décrire des limitations fonctionnelles. Le 19.12.2012, le médecin SMR le Dr G. \_\_\_\_\_ note les limitations fonctionnelles suivantes : labilité de l'humeur, irritabilité, angoisses, troubles relationnels. A n'en pas douter, elles sont toujours restées d'actualité. Ajoutons la fatigue, l'inconstance de la concentration, les trous de mémoire, la distractibilité, l'impossibilité à prendre les transports publics, l'impossibilité d'imaginer de bons moments qui ne soient pas suivis de retours de manivelle, l'inconstance de l'image de soi et d'autrui, l'intolérance à la contrainte et au stress.. et l'on pourrait sûrement rallonger la liste.

En conclusion, Dès les premiers rapports, on relève que l'assurée ne veille pas bien à ses intérêts. Elle oublie les rendez-vous, n'en redemande pas, alors que l'ordonnance est échue...

Il faut voir en cela un des aspects des suites de traumatisation : La guerre intérieure fait que la personne n'est elle-même pas sûre de vouloir guérir, supposant que vivre voudrait dire revivre le passé. Il faut y voir la réactivation des troubles de l'attachement et des angoisses d'abandon. Il faut aussi y voir l'expression des difficultés d'un TDAH méconnu, difficultés qui expliquent aussi une grande part de l'échec des MR.

A mes yeux, les limitations de l'assurée sont avérées dans tous les domaines de la vie, ne laissant aucun espace pour une activité lucrative qui ne soit pas sporadique, limitée et choisie librement par l'assurée.

Certes, les troubles diagnostiqués peuvent être soignés et mieux soignés, mais le niveau fonctionnel est depuis si longtemps si bas et les troubles si graves et justiciables d'un si long traitement que l'espoir de réduire ainsi le degré d'invalidation est irréaliste. Par contre, les bénéfices sur la qualité de vie seraient substantiels.

Il faut pour cela un savoir de spécialiste et une alliance thérapeutique solide. Il faut, dans le cas particulier aussi balancer l'idéal du souhaitable avec ce qui est réalistement faisable et souhaité par la patiente.

L'on sait que le pronostic des troubles psychiques est largement tributaire de facteurs non médicaux. Dans cet ordre d'idée la séparation avec l'entourage toxique est d'une priorité haute pour espérer aller vers un mieux.

L'exploration de la ronchopathie me semble également pouvoir voire devoir être faite sans délai.

#### **6.4 Evaluation de l'évolution**

[...]

#### **6.5 Discussion et appréciation médico — assurantielle**

L'assurée a fait l'objet de mesures de réadaptation suite à sa demande de prestations du 27.03.2012, puis en raison de l'échec de cette mesure, d'une expertise psychiatrique, datée du 31.3.2014, signée par le Dr M. \_\_\_\_\_ mais principalement effectuée par le Dr P. \_\_\_\_\_, en formation, suite à laquelle un projet d'octroi de rente limité du 1.01.2013 au 31.3.2013 à 100 % et de 25 % du 1.04.2013 au 31.5.2014 a été communiqué, mais contesté par le psychiatre traitant.

Nonobstant cela, la décision du 2.2.2015 fait état d'une capacité de travail de 60 % dès le 1.1.2013 et de 100 % dès le 3 février 2013.

Contestant les conclusions de l'expertise, l'avocat mandaté, Me Agier fait valoir que celle—ci est contradictoire, peu plausible et ne peut être vue comme probante et demande au tribunal de mettre en œuvre une expertise en bonne et due forme.

Cette demande a été acceptée et le mandat correspondant m'a été confié.

Plusieurs éléments nécessitaient clarification, en particulier :

- Y a-t-il stabilité ou instabilité de l'état de santé de l'assurée ?
- Un traitement adéquat est-il instauré et efficace ?
- Comment se répartissent les phases de décompensation et les phases de stabilité ?
- Quelles sont les limitations fonctionnelles, en particulier dans les phases de stabilité ?
- Existe-t-il de comorbidités telles qu'un trouble de la personnalité émotionnellement labile (tantôt allégué et tantôt niée par le même psychiatre traitant) ou une addiction ?
- Comment comprendre les incohérences du dossier ?
- Comment évaluer la cohérence, la validité et la plausibilité des observations ?
- Comment comprendre le dépôt tardif de la demande de prestations AI ?

Les épisodes dépressifs ou maniaques n'étant pas bien documentés et situés dans le temps, étant parfois très courts et très en lien avec des facteurs environnementaux, j'ai demandé à l'assurée et à son infirmière et à son médecin de donner davantage de précisions sur les phases de stabilité et d'instabilité, ce qui a donné lieu à trois documents joints à la présente: La lettre de l'assurée du 17.04.18 et l'envoi des notes de suivi de Mme Q.\_\_\_\_\_.du 13.01.2015 jusqu'au 18.07.18 ainsi que de l'avis de sortie de la maison [...] et le mail du 21.8.18 du Dr B.\_\_\_\_\_.

La situation ayant une composante traumatique, j'ai décidé de faire faire par Mme V.\_\_\_\_\_ une exploration anamnestique et diagnostique, car j'avais constaté que l'assurée présentait des difficultés fonctionnelles, en particulier, à gérer l'aspect administratif, et une instabilité émotionnelle inhabituelle qui s'observe, même en dehors des phases bipolaires et qui ne peuvent donc être imputée à celles-ci.

L'exploration a montré qu'il s'agissait là de la pointe d'un iceberg : tant le TDAH que le trouble dissociatif de l'identité autre spécifié avec ses « trous » mnésiques suffiraient à eux seuls en raison de la gravité des limitations qu'ils imposent en l'absence de traitement spécifique, à compromettre une existence. Or, il s'y rajoute des troubles anxieux (phobie sociale et agoraphobie), ce qui montre que l'assurée n'a que peu de marge de manœuvre. Appréciation confirmée par la lecture des notes de suivi de son infirmière à domicile, Mme Q.\_\_\_\_\_, ainsi que par les réponses du Dr B.\_\_\_\_\_.

Alors que cela avait été reconnu par le médecin SMR, l'expertise du J.\_\_\_\_\_ venait prétendre qu'il existait une aptitude au travail « en dehors des décompensations » sans préciser cela temporellement.

Ce travail du J.\_\_\_\_\_ présente des lacunes notables, en particulier une absence quasi-totale de discussion du diagnostic différentiel et aussi une exploration anamnestique superficielle, avec une conclusion en contradiction avec le parcours de vie de l'assurée.

Pour notre part, nous avons retenu les diagnostics de :

- **Trouble bipolaire de type I à cycles rapides actuellement en rémission F 31.7**
- **Trouble du déficit de l'attention à prédominance inattentive et d'intensité prononcée**, selon les critères du DSM IV et V, correspondant dans la CIM-10 à un trouble simple de l'activité et de l'attention F90.0 péjoré par
- **Ronchopathie** avec suspicion d'un syndrome d'apnée du sommeil
- consommations et abus sporadiques d'alcool, cannabis et cocaïne, complication des affections ci-dessus et donc secondaires, sans diagnostic actuel
- Status après traumatismes psychiques multiples dès l'enfance avec **Trouble dissociatif de l'identité autre, spécifié.** (DSM 300.15 CIM-10 F 44.89)
- **Trouble agoraphobie avec attaques de panique F 40.0 et**
- **Phobie sociale F 40.1** (probablement sans lien important avec le trouble dissociatif)
- Pas de diagnostic retenu quant à un trouble de la personnalité

Alors que l'assurée dépend des services sociaux et de l'aide de tiers pour les travaux administratifs, l'évolution est trainante depuis 10 ans sans activité lucrative, avec une compliance défaillante et des abus sporadiques divers, secondaires au jeu interactionnel de ses troubles, tous invalidants à tour de rôle et conjointement.

Pour cette raison le tableau clinique est touffu et ne donne pas les phases que l'on observe habituellement dans un trouble bipolaire. Il n'y a pas de fenêtres assez grandes pour mettre à profit une activité lucrative tant soit peu durable malgré l'intelligence, la créativité et la facilité de contact dont l'assurée sait occasionnellement faire preuve.

Le constat des comorbidités mentionnées ouvre des possibilités thérapeutiques inexplorées, mais qui ne sont plus liées à un potentiel de rétablissement fonctionnel suffisant pour être exigibles afin de rétablir la capacité de travail, car le niveau fonctionnel est chroniquement trop bas et le travail thérapeutique nécessaire de nature lente. De plus, la mise en œuvre des mesures proposées est exigeante sur le plan des compétences thérapeutiques, difficile et n'ira sans doute pas sans compromis.

Seule l'investigation de la ronchopathie et la recherche épisodique de déséquilibres nutritionnels semble accessible à une démarche immédiate.

En l'absence de résultats significatifs possibles dans un laps de temps de 5 ans il me paraît illusoire de vouloir viser une réinsertion professionnelle ou une réhabilitation, mesures en partie déjà tentées et ayant échoué pour des raisons en lien avec le TDAH en particulier. Or le traitement médicamenteux de ce dernier n'est pas dénué de risques, comme exposé plus haut.

Conclusion

L'assurée a souffert dès l'âge de 5 ans des suites de traumatismes dans l'enfance, actuellement présentes sous la forme d'un trouble dissociatif de l'identité allant de pair avec des amnésies d'origine dissociative, d'un trouble du déficit de l'attention compliqué de dyslexie et de bégaiement, d'agression sexuelle sur une période de 3 ans dès 14 ans et d'un trouble bipolaire connu dès 2004, tout cela ayant compromis sa formation et affecté l'ensemble des domaines de sa vie.

Son dernier emploi date de 2008 et sa demande de prestation de 2012, tardive car elle voulait s'en sortir toute seule. L'absence d'activité lucrative est aisément justifiable sur le plan médical, malgré l'insuffisance de sa compliance, au vu du grand nombre de limitations dont la majorité est liée à des diagnostics méconnus et non traités. Celles en lien avec le trouble dissociatif sont particulièrement résistants aux traitements, surtout s'ils ne sont pas spécifiques et faits par une personne expérimentée dans ce domaine.

Les options thérapeutiques que ces diagnostics ouvrent sont avant tout bénéfiques pour la qualité de vie de l'assurée, mais ne permettent pas d'espérer le recouvrement respectivement la mise en place d'une capacité lucrative significative, la marge accessible restant inférieure à 30 % pour les 5 ans à venir au moins, même dans les meilleures conditions.

## **7. Réponses aux questions**

Le tribunal n'ayant pas posé de questions spécifiques, j'utilise le dernier questionnaire usuellement adressé aux experts par l'OAI Vaud.

### **7.1 Contexte social**

Cf p. 28 à 29,

L'entourage de l'assurée exerce en partie une influence négative, mais comprend aussi des éléments de soutien. Dans les phases dépressives et en lien avec la problématique traumatique et anxieuse il y a des phases de repli social, dans les phases hautes une tendance à une sociabilité excessive.

Même si la perte du dernier emploi il y a dix ans a eu lieu pour faute grave, cet aspect n'est pas déterminant pour l'absence d'activité lucrative depuis lors.

Les limitations de l'assurée portent sur des aspects si fondamentaux, communs à toute activité lucrative que ses ressources sont majoritairement mobilisées pour assurer la vie au quotidien.

La nature et le suivi par l'infirmière à domicile sont dans ce contexte d'une grande importance.

### **7.2 Atteinte à la santé**

### 7.2.1 Manifestation et gravité des constats objectifs.

Les investigations effectuées ont montré que l'assurée subit depuis son enfance les effets néfastes de trois troubles distincts : trouble bipolaire, trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité, et suites de traumatismes avec les troubles dissociatifs et les troubles anxieux qui s'y rattachent.

Cela a compromis sa scolarité et son entrée dans la vie active, l'empêchant de rester dans un emploi pendant plus de 2 ans, de gagner sa vie et d'entretenir des relations équilibrées. Elle est dépendante des services sociaux depuis dix ans, de l'aide de tiers pour les activités administratives, est incapable d'assurer sa sécurité en posant adéquatement des limites à elle-même et aux autres et, par moments, n'est plus à même de subvenir à ses propres besoins en terme d'alimentation et d'hygiène.

Le trouble bipolaire et le trouble dissociatif de l'identité sont par leur nature d'une évolution imprévisible, avec tendance spontanée à la péjoration, renforçant le climat d'insécurité.

Seul le trouble bipolaire a été diagnostiqué et fait l'objet d'une prise en charge, qui s'est heurtée au fait que les deux autres affections n'ont pas été prises en compte, compromettant les possibilités de collaboration et de compliance.

Tout en mettant l'accent sur la difficulté de gestion émotionnelle et le trouble de la personnalité borderline, le Dr B. \_\_\_\_\_ a cependant largement contribué à stabiliser la patiente par un suivi de bas seuil.

Le tableau est de plus compliqué et aggravé par la consommation de substances addictives nocives légales et illégales. Celle-ci est secondaire et sporadique, en dehors d'un tabagisme qui n'a pas connu de rémission.

Une autre complication éventuelle pourrait être liée à une apnée obstructive des voies aériennes supérieures, causant une aggravation de la fatigue, du manque de concentration et d'entrain. Ce problème est péjoré par la prise de benzodiazépines.

En analysant la personnalité de l'assurée, on constate qu'en dépit de son histoire, elle a toujours cherché à reprendre une activité, en particulier artistique, mais en général seulement lorsqu'elle était en phase haute respectivement stimulée par des relations jugées prometteuses. Comme décrit plus haut, la personnalité de l'assurée est mal intégrée et peu cohérente, ce qui limite toute activité lucrative.

La gravité de l'atteinte résulte de la précocité, de la chronicité et de l'absence de traitement en temps utile. Elle ne laisse subjectivement et objectivement guère d'espoir pour le rétablissement d'une capacité lucrative de plus de 30% dans les 5 ans à venir.

Même au-delà, une telle réussite serait le fruit d'un concours de circonstances favorables qui semble actuellement improbable.

### 7.3 Diagnostics

Pour le libellé des diagnostics, cf p 52.

### 7.3.1 Incidence actuelle des troubles sur la capacité de travail

Les trois affections principales (trouble dissociatif de l'identité spécifié autre, TDAH et trouble bipolaire) sont en interaction constante et variable.

Lorsqu'elles apparaissent à l'état isolé, les trois pathologies ne sont de loin pas toujours invalidantes, mais leur interaction complique à la fois la clinique et le traitement et assombrit de ce fait notablement le pronostic.

Lors des observations par l'expert, le rôle du trouble bipolaire limitait avant tout l'anticipation de perspectives positives et n'entravait pas massivement la capacité de travail.

Les limitations les plus voyantes étaient attribuables aux troubles anxieux : impossibilité de se déplacer avec les transports communs, évitement de la confrontation avec le regard d'autrui, évitements contreproductifs des circonstances d'attaques de panique. Les limitations les plus insidieuses viennent du trouble dissociatif de la personnalité autre spécifié, sous la forme d'amnésies, de changements d'aptitude, d'états d'angoisse et d'évitements ainsi que d'impulsions auto-agressives.

L'instabilité est renforcée par le trouble de l'attention, qui par la distractibilité qui empêche un déroulement organisé des activités non passionnantes, multiplie les oublis, incohérences, augmentant le niveau de stress permanent. S'ajoutent les réactions impulsives, même en dehors des phases hautes.

La ronchopathie, si elle correspond à une apnée obstructive des voies aériennes supérieures, par la perturbation chronique du sommeil est l'élément le plus stablement limitant et aussi celui qui se laisserait le plus facilement corriger.

### 7.3.2 Diagnostics sans incidence actuelle

Les consommations de substance secondaires lors des décompensations maniformes ont une incidence potentiellement limitante de la capacité de travail.

Le tabagisme et les anciens troubles alimentaires sont sans incidence actuellement.

## 7.4 Traitement et réadaptation

Cf p 30 et 55

### 7.4.1 Adéquation des thérapies effectuées

La création d'une alliance thérapeutique est en soi une chose difficile que Mme Q. \_\_\_\_\_ et le psychiatre déléguant ont plutôt bien réussie.

Le traitement du trouble bipolaire s'est notablement amélioré, donnant lieu à une raréfaction des décompensation, en particulier grâce à une meilleure compliance entretenue activement par les interventions de Mme Q. \_\_\_\_\_.

De ce fait, le traitement du trouble bipolaire peut être considéré comme adéquat.

Le trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité n'a été ni recherché, ni diagnostiqué ni traité. Son traitement médicamenteux risque de décompenser le trouble bipolaire et exige des mains expertes. Le neurofeedback serait une alternative.

Le trouble dissociatif de l'identité autre spécifié est une formulation plus adéquate des symptômes que d'autres ont tenté de rendre par le trouble émotionnellement labile de type borderline. La mise en évidence de ce trouble a demandé de consentir à un important effort d'investigation qui n'avait pas été fait jusqu'à date.

Son traitement exige également des connaissances spécifiques, difficiles à trouver. Certains aspects sont susceptibles de répondre à des mesures moins spécifiques telles que l'EMDR [Eye Movement Desensitization and Reprocessing], mais même dans ce domaine les psychiatres formés sont plutôt rares et débordés.

Les troubles anxieux constituent un objectif en soi rentable, vu l'importance de leur impact limitatif. Il ne semble pas y avoir eu d'intervention thérapeutique axée sur cette thématique.

On peut conclure de ce qui précède que l'effort thérapeutique consenti n'a pas épuisé les possibilités actuellement disponibles dont certaines exigent un investissement conséquent en temps et en argent, n'étant à ma connaissance pas forcément disponibles sur place.

#### 7.4.2 Coopération

La coopération de l'assurée est changeante sous l'effet combiné de ses troubles. Elle oublie ses rendez-vous, appréhende les traitements, se démotive, ne suit pas bien les instructions. De ce fait, une thérapie exigeant une coopération constante n'est guère envisageable sans une avance thérapeutique conséquente antérieure. De ce point de vue, le neurofeedback me semble présenter des avantages : il exige une simple présence, a un effet cumulatif malgré des interruptions et est susceptible d'être bénéfique sur les trois troubles à la fois. Par contre il est couteux en temps et en argent. Aux moments de l'examen, l'assurée a semblé prête à coopérer au mieux pour d'éventuelles propositions thérapeutiques en lien avec les atteintes nouvellement diagnostiquées.

#### 7.4.3 Options thérapeutiques

[...]

#### 7.4.4 Coopération à la réadaptation

L'assurée avait coopéré aux mesures MR sans être en mesure de relever son taux de présence et d'activité de manière suffisante, en raison de ses limitations. En l'état les limitations en lien avec les troubles de son état de santé empêchent comme je l'ai décrit une présence continue conséquente et fiable à des mesures prolongées.

#### 7.5. Cohérence

### 7.5.1 Divergences

#### 7.5.1.1 Divergence entre symptômes décrits et comportement de l'assurée

Je n'ai pas constaté de divergence en défaveur de l'assurée en dehors de quelques imprécisions chronologiques.

Par contre, sa demande tardive contraste avec la précocité et la gravité de ses troubles et de leur impact sur son développement personnel et professionnel. De l'avis de son ancien tuteur, cela s'explique par sa volonté et son espoir de pouvoir s'en sortir seule. De même j'ai relevé la tendance de l'assurée à taire ou à banaliser ses problèmes.

#### 7.5.1.2 Divergence entre experts

L'existence même du trouble dissociatif de l'identité a été contestée comme possiblement iatrogène, comme le mentionne la CIM-10 signalée plus haut.

Dans son ouvrage paru en anglais et allemand « Die Trauma Trilogie » le Prof [...] expose l'évidence scientifique qui invalide ce point de vue. D'ailleurs, depuis octobre 2015, le trouble est admissible de remboursement par les assureurs. Si ce trouble n'a pas été diagnostiqué, c'est en particulier parce que sa mise en évidence, laborieuse, n'a pas été tentée jusqu'ici, ni par l'expert antérieur ni par les différents spécialistes consultés : le domaine de la psychotraumatologie reste un parent pauvre de la psychiatrie : je rappelle que nous ne disposons pas à ce jour de critères diagnostiques officiels pour un traumatisme complexe.

La mise en évidence du TDAH adulte n'a pas non plus été tentée jusqu'ici, alors que sa mise en évidence est plus facile avec les questionnaires appropriés et que les symptômes d'appel sont nets. Ici encore cela relève d'une tache aveugle du système de santé global et qui ne se corrige que lentement, évolution freinée par des fake-news émanant des milieux de la scientologie.

La pertinence du diagnostic de TDAH est également discuté de manière controversée, les tenants d'abord psychothérapeutiques préférant généralement un abord psychothérapeutique et un diagnostic de personnalité.

En l'absence de critères officiels sur la nature de la supériorité d'un diagnostic sur un autre, qu'il faut prendre en considération, on peut invoquer pour justifier une telle supériorité :

- Le tableau clinique actuel, en particulier la présence d'une symptomatologie spécifique
- L'évolution antérieure du trouble
- La présence d'éléments connexes (co-morbidités ou complications typiques)
- L'éventail des options thérapeutiques
- Les résultats qu'ils pourraient ou ont permis d'obtenir
- L'accessibilité des moyens nécessaires.
- Le caractère mutuellement exclusif ou non du diagnostic

Sur ce dernier point, s'agissant de TDAH en concurrence avec d'autres diagnostics psychiatriques, il faut relever que les comorbidités sont la règle plutôt que l'exception.

L'association d'un TDAH avec un trouble bipolaire est plus fréquente que le hasard ne permettrait de le prédire, bien qu'il s'agisse de deux affections héréditaires distinctes. Cette association est particulièrement à risque de créer des situations potentiellement traumatiques.

L'aspect traumatique est particulièrement important dans les antécédents des patients émotionnellement instables de type borderline. Pour cette pathologie, il existe des approches psychothérapeutiques bien codées, scientifiquement validées et qui sont fréquemment accessibles.

Néanmoins toutes les suites graves de traumatisation précoce et complexe sont d'un traitement long et difficile, même en l'absence d'autres comorbidités.

Il n'est explicitement écrit nulle part à ma connaissance qu'un trouble de la personnalité émotionnellement instable de type borderline soit incompatible avec celui de trouble dissociatif de l'identité, alors que cela me semblerait envisageable, mais il s'agit en tout cas d'un étiquetage, d'une appréciation différente de suites posttraumatiques dont l'origine est identique. Le second diagnostic me paraît plus spécifique et cohérent avec la clinique de l'assurée, pour les raisons exposées.

On peut discuter s'il fallait retenir le TDAH en plus du trouble dissociatif de l'identité. Le Dr B. \_\_\_\_\_ semble ne pas mesurer à quel point le TDAH est aussi en mesure d'expliquer le tableau clinique, comprenant l'instabilité continue, les réactions impulsives, les difficultés de régulation émotionnelle, les conduites « farfelues », l'hypersensibilité, les rendez-vous manqués, l'incapacité de gérer le quotidien, la fréquence des oublis.

Ce qui parle en faveur de la pose des deux diagnostics, en présence des critères pour les deux problématiques, c'est leur nature divergente, génétique et hautement héritable pour le premier, acquise pour le second : ce sont deux troubles foncièrement différents quoique compatibles. Or il existe une évidence que la présence d'un TDAH dans la famille de l'assurée soit au moins possible. D'autre part, l'abord thérapeutique différent permet le cas échéant d'obtenir des résultats avec des mesures distinctes spécifiquement adaptées pour chacune des problématiques.

L'amélioration clinique des patients TDAH sous un traitement adéquat a parfois de quoi être aussi impressionnante que la stabilisation des bipolaires à cycles lents sous Lithium, démontrée à l'époque en particulier par le Prof [...].

La rapidité de ces améliorations contraste avec la lenteur du bénéfice des traitements psychotraumatologiques qui peuvent cependant rendre l'envie de vivre, au lieu de survivre...

#### 7.5.1.3 Divergence entre les éléments du dossier

En dehors de l'experte et, à sa suite, du nouveau médecin SMR, tous les médecins impliqués soulignent dès le début l'importance de l'instabilité de l'assurée, de sorte que l'on ne peut pas parler de divergence, d'autant moins que l'experte mentionne que l'aptitude au travail se limite aux phases en dehors des décompensations, et

que l'étude approfondie a montré que ces phases sont de trop courte durée pour être mises à profit.

Plus que la divergence sur les faits, on constate une divergence sur leur interprétation.

Quant à l'affirmation du médecin SMR estimant qu'un rendement insuffisant dans le cadre d'une MR n'est en soi pas une preuve du caractère médical de la cause de cet état de fait, elle est théoriquement exacte, mais ne s'applique pas au cas particulier, où la congruence des observations avec la clinique médicale est donnée.

#### 7.5.1.4 Divergences avec les activités quotidiennes de l'assurée

Je n'ai pas constaté de telles divergences, les activités variant de manière notoire avec les interactions des différents troubles diagnostiqués.

#### 7.5.2 Répercussion de l'incapacité invoquée dans tous les domaines

Il est dans la nature des troubles dont souffre l'assurée que l'incapacité ne soit pas uniforme dans tous les domaines, même à un moment donné, vu que les limitations sont spécifiques à des contextes tant pour les troubles anxieux, que pour les troubles du déficit de l'attention et de l'hyperactivité que pour les suites posttraumatiques concrétisées par le trouble dissociatif de l'identité autre spécifié. Ce n'est que pour le trouble bipolaire que l'on peut envisager une répercussion uniforme dans tous les domaines de la vie.

#### 7.5.3 Comparaison détaillée du niveau d'activité avant et après l'atteinte à la santé

La précocité des atteintes ne permet pas une telle comparaison.

#### 7.5.4 Evaluation de la prise en charge

Cf options thérapeutiques p 64

#### 7.5.5 Inaptitude à suivre une thérapie en raison même de la maladie.

Sans admettre une totale inaptitude, il faut reconnaître en l'état l'incapacité à suivre de manière fiable et régulière, en particulier lorsqu'elles sont assorties de fréquentes sorties, des mesures thérapeutiques de longue haleine, pourtant indispensables.

#### 7.6 Capacité de travail

##### 7.6.1 Capacité de travail en tant que secrétaire, téléphoniste ou technicienne

L'assurée n'est pas en mesure d'exercer de telles activités de manière significative. Elle est trop instable et manque de fiabilité et de temps de présence, en raison des limitations liées à ses troubles.

##### 7.6.2 Capacité de travail dans une activité adaptée

Il n'existe pas de travail rémunéré de longue durée adapté à l'instabilité chronique de l'assurée.

#### 7.7 Questions complémentaires

Il n'y a pas de questions complémentaires.

[...] »

Dans des déterminations du 11 octobre 2019, l'intimé a considéré que le travail de l'expert judiciaire n'était pas du tout convaincant. Il se fondait sur un avis du 7 octobre 2018, par lequel le Dr G. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

« D'emblée la structure de l'expertise de 74 pages ne reflète pas la maîtrise d'une démonstration asséculoologique habituelle et nous interroge sur la qualité d'expert SIM. La lecture de ce roman de 74p est aride et parfois ardue. Nous ajoutons que le noir infini de la condition humaine de cette assurée éteindrait même l'obscur clarté physique qui tombe des étoiles. Tout serait lugubre, alors que la vie quotidienne en p29 ne montrerait pas de LF [limitations fonctionnelles] patentes, l'assurée arrivant à fonctionner et à faire fonctionner son ménage dans des limites raisonnables, tant par le passé, qu'actuellement. On peut s'interroger sur la cohérence de ce qui nous est rapporté. En effet, il semble tout de même difficilement crédible que le J. \_\_\_\_\_ soit passé à côté d'une anamnèse psy. aussi noire, aussi extrême et en déterminant d'autres diagnostics graves comme comorbidité des variations thymiques d'un trouble bipolaire. Nous aurions dans cette expertise un trouble bipolaire de type I à cycles rapides (**gravité ++**) associé à une problématique anxieuse (**avec 3 diagnostic graves associés**), un trouble de la personnalité émotionnellement instable de type borderline ( finalement évacué, non retenue, en opposition avec l'anamnèse...), un probable trouble dissociatif et un TDAH, **ce qui paraît difficilement crédible** dans l'empilement des atteintes gravissimes (cf. p45-47 + p52). Nous aurions donc au final 1 diagnostic essentiel de gravité majeure (bipolarité à cycles courts) avec au moins 5 diagnostics graves comme comorbidité, ce qui rend difficilement crédible une telle atteinte concomitante en psychiatrie, et qu'en plus le J. \_\_\_\_\_ aurait raté, y compris le Dr B. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant. De notre avis, ce n'est pas possible. l'assurée n'étant même pas sous tutelle/curatelle ou institutionnalisée, voir avec un ensemble d'hospitalisations successives, dont les diagnostics se recouvreraient, et tout ceci alors que cette assurée avait pu faire une formation CFC et tricoter une trame de vie avec un travail ou des activités. Veuillez noter qu'en p57 que rassurée ne serait pas autonome dans la gestion de ses affaires administratives, et qu'aucune recommandation ne figure pour une mise sous tutelle. Il n'est même pas mis dans tous les cas une inaptitude à la conduite, ou à des postes de sécurité, voire du travail de nuit avec de tels diagnostics. Ce n'est pas crédible.

Il est même avancé en p57 que la dernière expertise aurait été faite principalement par un médecin en formation, ce qui est litigieux. La p58 d'ailleurs dénigre complètement l'expertise précédente, sans pour autant expliquer en détail comment et pourquoi le Dr M.\_\_\_\_\_ aurait raté la bipolarité à cycles courts (vu son expérience, c'est douteux...), y compris les autres diagnostics graves. Tout de même, il y a quelque chose que je ne m'explique pas dans la démarche. L'expert actuel remarque d'ailleurs et reconnaît en p59 que le tableau clinique est « touffu » et ne donne pas les phases observées habituellement dans un trouble bipolaire (il est stabilisation sous traitement et possibilité de travailler). Nous pointons aussi qu'avec une bipolarité à cycles courts, le tableau étant grave, il ne peut y avoir de phases stables, et que donc les assertions du confrère expert ne peuvent pas être prises au sérieux, d'autant que la maladie remonterait à l'âge de 5 ans selon les diagnostics, et à 2008 pour la bipolarité, qu'il n'y a pas de dossier mineur, d'enseignement spécialisé etc... ou signalement au SPJ [Service de protection de la jeunesse]. En tout état de cause, la CT [capacité de travail] serait nulle pour lui, voir tout au plus de 30% à moyen terme.

Pour toute ces raisons, cette expertise judiciaire ne nous paraît pas convaincante, et encore moins probante : cf. fond et forme. Nous ne suivons pas pour ces raisons. Il serait sans doute intéressant d'avoir l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_ au sujet de cette expertise, au vu des assertions peu déontologiques de la p58. »

Quant à la recourante, elle s'est référée à l'expertise judiciaire pour confirmer sa conclusion tendant à l'octroi d'une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2012.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012 et au-delà du 31 mars 2013.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

A cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que, conformément à la jurisprudence relative à l'art. 29 al 3 LPGA, la date déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques d'une demande est celle à laquelle la requête a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe (TF 9C\_573/2017 du 23 janvier 2018 consid. 5 et réf. cit.).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et réf. cit. ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et réf. cit. ; TF 9C\_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et réf. cit. ; TF 9C\_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences

professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et réf. cit.).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et réf. cit.). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et réf. cit. ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et réf. cit.).

**b/i)** Le devoir général de tenue des dossiers qui incombe aux autorités est le pendant – découlant de l'art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] – du droit pour le justiciable de prendre connaissance du dossier et d'obtenir l'administration des preuves pertinentes. Toute autorité a ainsi l'obligation de tenir un dossier complet de la procédure, afin de permettre à toute personne concernée d'en prendre connaissance dans les meilleures conditions et, en cas de recours, de pouvoir le transmettre à l'autorité de recours. Elle est par conséquent tenue de consigner dans le dossier tous

les éléments essentiels pour l'issue du litige. La garantie constitutionnelle à une tenue claire et ordonnée des dossiers oblige les autorités et les tribunaux à veiller au caractère complet de la documentation produite ou établie en cours de procédure. Dans le droit des assurances sociales, l'art. 46 LPGA concrétise le devoir général de tenue des dossiers, en tant que cette disposition impose aux assureurs (notamment aux organes d'exécution de l'assurance-chômage), lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, d'enregistrer de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants (ATF 138 V 218 consid. 8.1.2 et réf. cit.).

**ii)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 mais que parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). Il n'existe par ailleurs pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a ; TF 9C\_694/2014 du 1er avril 2015 consid. 3.2 et les réf. cit.).

**iii)** La procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est toutefois pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et réf. cit.). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 ; 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les

parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 375 consid. 3). Lorsque l'art. 46 LPGA n'est pas respecté, le fardeau de la preuve peut être renversé, passant ainsi vers l'assureur, pour autant que la violation de cet article soit la cause pour l'assuré de l'impossibilité de fournir une preuve (ATF 138 V 218 consid. 8.1 ; TF 9C\_207/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.2 ; 9C\_570/2016 du 5 décembre 2016 consid. 5 ; Guy Longchamp, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], op. cit., n° 18 ad art. 46 LPGA). Tel est notamment le cas pour des questions de respect des délais, lorsqu'une preuve a été adressée sous pli simple à l'autorité et que, en violation des règles de gestion des actes de procédure, l'enveloppe qui contenait la preuve a été égarée, rendant ainsi la production d'une preuve attestant du respect des délais impossible pour l'autre partie (ATF 138 V 218 consid. 8.1.1)

**5. a)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et réf. cit.). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et réf. cit.).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il

s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et réf. cit.).

En fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. Dans ce contexte, les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, établie le 16 juin 2016 par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (ci-après : Lignes directrices SSPP), faisant expressément référence à la nouvelle jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 5.1.2 qui critiquait alors l'absence de telles lignes directrices, relevant un « besoin urgent de renforcer la pratique de l'expertise psychiatrique »), gardent toute leur pertinence. Compte tenu du principe de proportionnalité, il peut être renoncé à cette méthode d'administration des preuves, lorsque, vu le besoin concret de preuves, une telle administration ne s'avère ni nécessaire ni adéquate (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3).

**6. a)** En l'espèce, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise des médecins de la J.\_\_\_\_\_ du 31 mars 2014 au motif principal que cette expertise a été réalisée non pas par le Dr M.\_\_\_\_\_ mais par la Dre P.\_\_\_\_\_, une médecin psychiatre en formation ainsi que le précise la lettre accompagnant l'expertise. A ce sujet et comme le relève l'intimé, le Tribunal fédéral a retenu que la valeur probante d'une expertise n'était pas amoindrie par le fait que l'expertise avait été menée

par un médecin-assistant (TF 8C\_213/2010 du 3 août 2010 consid. 2 et réf. cit.). Cet argument n'est donc pas pertinent.

**b)** L'intéressée conteste également la valeur probante de l'expertise du 31 mars 2014, en se fondant sur l'avis de juriste du 2 septembre 2014. Dans ce document, la juriste en question a relevé qu'il paraissait contradictoire de reconnaître à la recourante une capacité de travail de 100 % alors qu'elle n'était précisément pas entière, à teneur de l'expertise, durant les phases de décompensation. Les experts de la J.\_\_\_\_\_ ne précisaient pas la durée de ces phases. Considérant également cette situation comme contradictoire, la juge instructrice a expressément interpellé le 10 mars 2016 le Dr M.\_\_\_\_\_ et la Dre P.\_\_\_\_\_ notamment sur l'influence d'un traitement durant les phases de décompensation. Les experts n'y ont cependant aucunement répondu (cf. rapport de complément d'expertise du 10 mai 2016). Devant ces incertitudes, la juge instructrice a ordonné une expertise judiciaire, dont a résulté le rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 22 août 2018.

**c)** Les experts mis en œuvre arrivant à des conclusions différentes et opposées, il convient en définitive de déterminer lequel du rapport d'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_ et de la Dre P.\_\_\_\_\_ ou du rapport d'expertise judiciaire du Dr X.\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

L'intimé, se fondant sur l'avis rédigé par le Dr G.\_\_\_\_\_ le 11 octobre 2019, estime l'expertise judiciaire peu convaincante. Dans cet avis, le médecin du SMR a commencé par s'interroger sur la qualité d'expert SIM (Swiss Insurance Medicine) du Dr X.\_\_\_\_\_. A cet égard, les critiques du Dr G.\_\_\_\_\_ sur la structure de l'expertise judiciaire sont pour le moins étonnantes et laissent perplexe puisque le Dr X.\_\_\_\_\_ a suivi strictement la structure définie dans les Lignes directrices SPP, conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 5c *supra*). L'expert y fait d'ailleurs référence dans son rapport. Les interrogations du Dr G.\_\_\_\_\_ sur l'anamnèse ne sont pas plus pertinentes. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a en particulier expliqué à ce sujet qu'à la différence du Dr

M.\_\_\_\_\_ et de la Dre P.\_\_\_\_\_, il s'était livré à une anamnèse particulièrement approfondie, soit par l'intermédiaire de Mme V.\_\_\_\_\_, la psychologue qui l'a secondé, soit par lui-même (dix entretiens en tout). Il a en outre bénéficié des notes du suivi opéré par Mme Q.\_\_\_\_\_, infirmière, durant plus de trois ans ainsi que des réponses détaillées à un questionnaire qu'il avait adressé au Dr B.\_\_\_\_\_, médecin traitant. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a encore eu deux entretiens d'une durée totale de 49 minutes avec l'infirmière et un entretien de 30 minutes avec celui qui fut le tuteur ou le curateur de la recourante.

Certes, l'infirmière n'intervenait pas encore en 2014 au moment de l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_ et de la Dre P.\_\_\_\_\_, mais le fait est qu'elle était cependant consultée au moment de l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ et qu'il ne saurait lui être reproché d'avoir tenu compte des indications qu'elle avait données. Le Dr M.\_\_\_\_\_ et la Dre P.\_\_\_\_\_ n'avaient en outre pas fait mention d'un contact avec le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin traitant. Il apparaît ainsi que les renseignements obtenus par l'expert judiciaire sont pour le moins complets et autrement plus importants que ceux que les experts du J.\_\_\_\_\_ avaient pu recueillir.

Quant aux diagnostics posés par le Dr X.\_\_\_\_\_, le Dr G.\_\_\_\_\_ - qui n'est pas spécialisé en psychiatrie et psychothérapie - a estimé que leur accumulation n'était pas possible en se référant au parcours de vie de la recourante. Toutefois, il ne saurait être considéré que la vie de l'intéressée fut calme : elle a certes obtenu un CFC de téléphoniste (après une seule année d'apprentissage) mais a travaillé relativement peu de temps dans son domaine avant de connaître une période d'instabilité sur le plan de ses activités. Si elle ainsi effectivement pu travailler, son extrait CI produit le 23 juillet 2012 montre que son parcours professionnel a été chaotique.

Le Dr G.\_\_\_\_\_ a aussi exposé qu'il serait douteux que tel ou tel diagnostic ait échappé au Dr M.\_\_\_\_\_ vu l'expérience de celui-ci. Le Dr M.\_\_\_\_\_ est médecin depuis 1990 et a son titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie depuis 2012, le Dr X.\_\_\_\_\_ étant médecin

depuis 1978 et ayant obtenu la même spécialisation en 1992. L'expérience du second n'est donc pas moindre que celle du premier, bien au contraire. D'ailleurs, dans la lettre accompagnant son rapport d'expertise, le Dr X.\_\_\_\_\_ a exposé qu'il s'agissait de sa dernière expertise puisqu'il prenait sa retraite.

L'expert X.\_\_\_\_\_ a en outre expliqué pourquoi il trouvait l'expertise du J.\_\_\_\_\_ insuffisante. Il ne l'a pas fait en des termes virulents. Le médecin du SMR ne peut ainsi être suivi lorsqu'il estime les affirmations de l'expert judiciaire peu déontologiques. En revanche, le passage suivante de l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_ l'est : *« D'emblée la structure de l'expertise de 74 pages ne reflète pas la maîtrise d'une démonstration asséurologique habituelle et nous interroge sur la qualité d'expert SIM. La lecture de ce roman de 74p est aride et parfois ardue. Nous ajoutons que le noir infini de la condition humaine de cette assurée éteindrait même l'obscur clarté physique qui tombe des étoiles. Tout serait lugubre, alors que la vie quotidienne en p29 ne montrerait pas de LF patentées, l'assurée arrivant à fonctionner et à faire fonctionner son ménage dans des limites raisonnables, tant par le passé, qu'actuellement. On peut s'interroger sur la cohérence de ce qui nous est rapporté »*. Qualifier de roman une expertise est en effet inapproprié, comme l'est l'ensemble du ton de ce passage, ce qui laisse perplexe quant à la neutralité du point de vue de son auteur.

En définitive, les critiques du Dr G.\_\_\_\_\_ (cf. avis médical du 7 octobre 2018) n'amènent aucun élément objectif qui justifierait de s'écarter des conclusions du Dr X.\_\_\_\_\_. Cela est d'autant plus vrai que, contrairement à l'expert judiciaire, le médecin SMR n'est pas spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (cf. consid. 4a *supra*). Ainsi, et contrairement au rapport d'expertise des médecins du J.\_\_\_\_\_ du 31 mars 2014, le rapport d'expertise judiciaire du 22 août 2018 contient une étude circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes exprimées par la recourante, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, comporte une description du contexte médical et une appréciation de la situation

médicale claires ainsi que des conclusions dûment motivées, et est exempt de contradictions (cf. consid. 4a *supra*). Le Dr X. \_\_\_\_\_ a au demeurant suivi la structure définie dans les lignes directrices SPP, répondant par conséquent aux réquisits jurisprudentiels en matière de troubles psychiques (cf. consid. 5 *supra*). Une pleine valeur probante doit dès lors être reconnue au rapport d'expertise judiciaire.

**d)** Il convient par conséquent de se rallier aux conclusions du Dr X. \_\_\_\_\_ et de déduire de son rapport d'expertise que l'incapacité de travail totale de la recourante a toujours été présente, dans la mesure où l'expert judiciaire a exposé que la précocité des atteintes ne permettait pas une comparaison détaillée du niveau d'activité avant et après l'atteinte à la santé.

Le droit à une rente entière doit ainsi être reconnu à l'intéressée (cf. art. 28 LAI). La recourante a conclu à ce que cette rente lui soit versée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012, soit six mois après le formulaire de détection précoce du 27 mars 2012. Ce faisant, elle se méprend sur la nature d'un formulaire de détection précoce. En effet, s'agissant de la procédure y relative, l'art. 3c al. 6 LAI prévoit qu'au besoin, l'office AI ordonne à l'assuré de s'annoncer à l'AI (art. 29 LPGA) et l'informe du fait que les prestations peuvent être réduites ou refusées s'il ne s'annonce pas dans les meilleurs délais. Il découle ainsi de la lettre de la loi qu'un formulaire de détection précoce ne vaut pas demande de prestations au sens de l'art. 29 al. 1 LAI. Le document à prendre en compte est donc bien la demande de prestations datée du 29 juin 2012 et indexée par l'intimé le 10 juillet 2012. Conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 3c *supra*), la date déterminante quant aux effets juridique d'une demande est celle à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe. Or, le dossier produit par l'intimé ne permet pas de savoir quand ladite demande a été postée à destination de l'intimé. En ne versant pas au dossier l'enveloppe ayant contenue la demande de prestations, l'intimé a violé son obligation de tenir un dossier complet au sens de l'art. 46 LPGA (cf. consid. 4b *supra*). Il rend ainsi impossible pour la recourante la preuve de la date à laquelle elle a remis à la poste ladite demande. Partant, le

fardeau de la preuve quant à cette date doit être renversé, passant ainsi à l'intimé (cf. consid. 4b/iii *supra*), de sorte qu'il convient de retenir que l'intéressée a posté sa demande du 29 juin 2012 dès qu'elle a pu le faire, soit à fin juin 2019 encore. Compte tenu de ce qui précède, le droit à la rente de la recourante prend naissance le 1<sup>er</sup> décembre 2012 (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**7. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le droit au versement d'une rente entière est reconnu en faveur de l'intéressée dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012 et au-delà du 31 mars 2013.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 4 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le droit au versement d'une rente entière est reconnu en faveur de W.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012 et au-delà du 31 mars 2013.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Karim Hichri (pour la recourante),
- 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).

Le greffier :