

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 août 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Moyard et Rossier, assesseures
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourante,

et

I. _____, à Vevey, intimé.

Art. 7 et 8 LPGA; art. 4, 28 al. 2 et 28a al. 3 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en qualité de secrétaire comptable pour le compte de l'entreprise [...], à [...], de 1985 à 2014 (la société ayant terminé ses activités en 2014 et la raison de commerce ayant été radiée au début de l'année 2015). Le 27 septembre 2010, l'assurance-maladie collective de l'employeur, Q._____ (ci-après : Q._____), a informé l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), par le biais d'un formulaire de détection précoce, que l'assurée s'était retrouvée en incapacité de travail à 100% depuis le 4 janvier 2010, puis à 75% depuis le 8 juillet 2010 pour cause d'arthrite.

L'OAI a convoqué l'assurée pour un entretien le 21 octobre 2010. A cette occasion, celle-ci a indiqué souffrir, outre de l'arthrite d'ores et déjà signalée, de douleurs aux mains, aux pieds et au dos, de déformation des pieds, de troubles liés à la ménopause, de problèmes de vue, de problèmes hormonaux et d'ostéoporose. L'office lui a alors suggéré de déposer une demande de prestations AI (assurance-invalidité), ce que l'intéressée a fait le 19 novembre 2010.

A la demande de l'OAI, Q._____ lui a transmis, le 30 novembre 2010, différents documents relatifs à la situation de l'assurée. Y figuraient en particulier un décompte de l'assurance-maladie collective, attestant que l'intéressée avait perçu des indemnités journalières pour des taux d'incapacité variant entre 70% et 100% du 1^{er} mai au 31 octobre 2010, ainsi que plusieurs rapports médicaux des Drs B._____, médecin pratiquant traitant de l'assurée, et C._____, spécialiste en rhumatologie.

Dans un rapport du 24 mars 2010, le Dr B._____ a posé les diagnostics de surmenage et de malaise et fatigue existant depuis le début de l'année 2010, lesquels entraînaient une limitation de l'endurance, un trouble de l'attention, une asthénie et une arthralgie. Selon lui, l'activité habituelle de secrétaire comptable n'était plus exigible

depuis le 4 janvier 2010 et le pronostic était réservé. Le 1^{er} juillet 2010, ce médecin a toutefois constaté une amélioration lente et fluctuante de l'état de santé de sa patiente, une reprise progressive du travail paraissant dès lors envisageable.

Dans un rapport du 19 juillet 2010, la Dresse C._____ a relevé que l'assurée présentait une rhizarthrose bilatérale prédominante à droite et une arthrose nodulaire des doigts, une surcharge mécanique des articulations métatarso-phalangiennes associée à un hallux valgus bilatéral, ainsi qu'une ostéoporose marquée du squelette axial et une ostéopénie modérée du fémur proximal gauche. Ce médecin préconisait d'adresser l'intéressée à un chirurgien de la main et de lui prescrire des supports plantaires sur mesure, de même qu'un traitement médicamenteux. Le 18 octobre 2010, la Dresse C._____ a précisé qu'elle n'attestait aucune incapacité de travail.

Interpellé par l'OAI, le Dr B._____ a retenu, le 14 janvier 2011, les diagnostics principaux de surmenage depuis 2009, de troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive depuis 2010, et de rhizarthrose bilatérale, prédominance à droite, et nodulaire des doigts depuis 2010, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - d'arthrite streptococcique depuis 2003 et d'ostéoporose axiale depuis 2010. Le médecin traitant énumérait les incapacités de travail suivantes : 100% du 4 janvier au 5 mai 2010, 80% du 5 juin au 5 juillet 2010, 75% du 6 juillet au 15 octobre 2010, puis 70% du 16 octobre 2010 au 13 janvier 2011. Selon lui, l'activité habituelle était encore exigible à un taux de 50-60%, sans diminution de rendement, et les restrictions énumérées (douleur des mains lors de manipulation de documents, vulnérabilité et difficulté de planification lors de stress ambiant et/ou surcharge de travail) pouvaient être réduites par une prise en charge psychothérapeutique.

Dans un questionnaire pour l'employeur du 11 février 2011, ce dernier a indiqué que le salaire annuel de l'assurée s'était élevé à 33'600 fr. entre 2008 et 2010, soit à 2'800 fr. par mois. L'intéressée a précisé

pour sa part, le 31 janvier 2011, qu'elle travaillerait à environ 80% si elle était en bonne santé.

Par décision du 29 mars 2011, confirmant un projet du 17 février précédent, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des mesures professionnelles, pour le motif que son activité habituelle de secrétaire apparaissait médicalement adaptée à son état de santé. Il l'informait toutefois qu'il allait examiner son droit éventuel à une rente d'invalidité.

Répondant aux questions complémentaires posées par l'OAI, le Dr B._____ a indiqué, le 21 avril 2011, que l'état de santé de sa patiente était stationnaire et que le taux d'activité dans la profession habituelle n'avait pas pu être augmenté depuis le 16 octobre 2010, dès lors que l'intéressée évoluait toujours dans les mêmes problématiques.

Dans un rapport d'expertise du 18 avril 2011, sollicité par Q._____, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, a relevé que le taux d'activité partiel de l'assurée (20 h par semaine) était réparti de façon irrégulière sur le mois, de telle manière qu'elle pouvait être amenée à travailler à plus de 100% pendant certaines périodes. Aux yeux de l'expert, cette situation avait provoqué un état d'épuisement chez l'intéressée, qui avait abouti à un arrêt de travail dès le début de l'année 2010. Le praticien observait en outre que les investigations pratiquées n'avaient pas révélé de rhumatisme inflammatoire, mais qu'elles avaient mis en évidence certaines carences (fer, ferritine, vitamine D, etc.), de même qu'une ostéoporose axiale marquée. Au terme de son examen, l'expert estimait, en accord avec l'assurée, qu'une augmentation de la capacité de travail à 50% était immédiatement envisageable et qu'elle pouvait se maintenir en tous les cas jusqu'à la décision finale de l'OAI. S'agissant d'une éventuelle optimisation de la thérapie en cours, il préconisait un soutien psychothérapeutique, susceptible d'aider l'expertisée à gérer son stress, ses manifestations d'angoisse et de surcharge, pour autant qu'elle adhère à cette proposition.

Une enquête économique sur le ménage devait être effectuée au domicile de l'assurée en date du 14 juillet 2011. Devant le refus de cette dernière d'accueillir l'enquêtrice chez elle, dite enquête n'a cependant pas pu être menée à bien. Lors d'un entretien téléphonique avec l'intéressée, résumé dans un rapport du 8 juillet 2011, celle-ci aurait déclaré à l'enquêtrice qu'elle ne rencontrait pas d'empêchement particulier dans la tenue de son ménage, dont elle s'occupait seule, mais que son intérieur n'était pas « glorieux », puisqu'elle avait tendance à le négliger au profit de son activité professionnelle. Sur la base de ces déclarations, l'enquêtrice a considéré qu'aucun empêchement n'était à retenir et que le statut de l'assurée pouvait être fixé à 80% comme active et à 20% comme ménagère.

Donnant suite à l'interpellation de l'OAI du 11 juillet 2011, l'employeur de l'assurée a indiqué que cette dernière avait pu augmenter son taux de travail à 40% depuis le 11 mai 2011. Il ajoutait que le revenu qu'elle aurait touché en 2011 sans atteinte à sa santé serait resté inchangé, à savoir 36'000 fr. par année.

Le 6 octobre 2011, le Dr B._____ a confirmé le taux d'activité de 40% annoncé par l'employeur. Au vu d'un état de santé qualifié de stationnaire, le médecin traitant était d'avis qu'une pleine capacité de travail n'était pas envisageable sur le plan médical, l'assurée n'étant pas apte à gérer son stress, ses manifestations d'angoisse et de surcharge.

La mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire a été confiée par l'OAI à la T._____ (ci-après : la T._____), aux fins de préciser les limitations fonctionnelles et l'aptitude au travail de l'assurée. Elle a été examinée le 15 février 2012 par les Dresses M._____ et W._____, spécialistes en médecine interne générale, et a fait l'objet d'un consilium psychiatrique le 28 février 2012 par la Dresse N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, d'un consilium rhumatologique le 21 mars 2012 par le Dr S._____, spécialiste en rhumatologie, et d'un consilium psychologique le 17 avril 2012 par Mme L._____, psychologue. Dans leur rapport du 8 mai 2012, les Dresses

M._____, W._____ et N._____ ont retenu les diagnostics de polyarthrose des mains avec rhizarthrose bilatérale prédominant à gauche, de troubles statiques des avant-pieds avec avant-pieds plats transverses, hallux valgus bilatéraux, d'ostéoporose du rachis, de trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et de trouble de la personnalité (organisation psychotique). Selon l'anamnèse, l'assurée était décrite comme une personne très organisée dans son appartement jusqu'en 2009, année à partir de laquelle elle avait laissé s'accumuler beaucoup de désordre et n'avait plus été capable de récurer ou nettoyer les vitres en raison de ses douleurs, voire même de passer l'aspirateur dans plus d'une pièce à la fois. Le rapport d'expertise relevait que c'était la honte de ce désordre qui avait amené l'intéressée à refuser l'enquête ménagère prévue en juillet 2011 à son domicile. Les experts procédaient ensuite à l'appréciation médicale suivante :

« Sur le plan de la médecine interne, l'examen clinique, ainsi que les analyses sanguines ne mettent pas en évidence de maladie systémique infectieuse ou endocrinologique. Une carence en vitamine B12 probablement en relation avec une période de malnutrition, devra être substituée.

Sur le plan rhumatologique, à l'examen clinique, on objective les déformations arthrosiques au niveau des mains et des pieds. Le reste de l'examen clinique est normal. Les examens radiologiques montrent une ostéoporose prédominant au rachis, une rhizarthrose bilatérale prédominant à gauche, arthrose nodulaire des doigts prédominant aux inter-phalangiennes distales des 2^{ème} et 3^{ème} rayons des deux côtés, arthrose métatarso-phalangienne des deux gros orteils avec hallux valgus bilatéral prédominant à gauche.

Madame V._____ présente une polyarthrose, vraisemblablement primaire, sans argument pour une arthrite microcristalline ou inflammatoire. Cette polyarthrose entraîne des limitations fonctionnelles pour tous les travaux nécessitant des mouvements de préhension avec les mains, notamment de la préhension de force, des mouvements fins avec les doigts de manière répétitive, les travaux exclusivement manuels. Le port de charges, notamment en utilisant essentiellement la pince bi-digitale avec le pouce, est également limité et ne peut s'effectuer de manière répétitive et continue au cours d'une journée. Bien que Madame V._____ ne se plaigne pas de douleurs des pieds, les troubles statiques mis en évidence indiquent que la station debout prolongée est à éviter.

Madame V._____ présente une ostéoporose prédominant au rachis confirmée par la densitométrie osseuse de juillet 2010. Cette ostéoporose contre-indique tous les travaux lourds, toutes les activités avec exposition à des chutes plus élevée que la moyenne.

Le port de charges ou le soulèvement de charges de plus de 4-5 kg est également contre-indiqué.

D'un point de vue thérapeutique Madame V. _____ dispose pour son traitement d'ostéoporose d'un traitement substitutif de calcium et de vitamine D. Une proposition d'un traitement de biphosphonate lui a été faite par son rhumatologue traitant, proposition que Madame V. _____ a pour l'instant récusée, par crainte d'effets secondaires potentiels. Une thérapie complémentaire, par exemple, par denosumab pourrait être discutée.

Sur le plan psychiatrique, Madame V. _____ a présenté en 2009 un épuisement lié à un surmenage avec affaiblissement général et perte de poids, dans le cadre d'un fonctionnement général très rigide. Avec une prise en charge globale comprenant une correction de certaines carences alimentaires, Madame V. _____ a pu reprendre du poids mais n'a pas entièrement retrouvé l'énergie qu'elle avait auparavant. Ainsi, il persiste une certaine lenteur dans l'exécution de ses tâches, une certaine désorganisation. Dans le même temps la polyarthrose a occasionné des douleurs chroniques et a nécessité une certaine adaptation dans sa vie quotidienne.

Elle évoque de l'anxiété, du stress avec des difficultés d'endormissement. Elle évoque aussi des moments de tristesse et se sent débordée et incapable de faire face à ce qu'on lui demande. Elle a certainement fonctionné de manière très rigide jusqu'à aujourd'hui, organisant son temps et ses tâches de manière minutieuse; les problèmes somatiques ont entraîné une surcharge et décompensé ses capacités adaptatives. Ces éléments nous amènent à retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse.

Par ailleurs, l'anamnèse et la présentation clinique, confuse en début d'entretien, discours saccadé, nerveux, contact assez bizarre et quelques troubles sémantiques de la pensée, nous ont évoqué un trouble de la personnalité. Ce trouble est confirmé par les tests psychologiques qui mettent en évidence une organisation de personnalité psychotique, comprenant des troubles caractéristiques du registre schizophrénique, ainsi qu'une composante paranoïaque. Ces difficultés ne l'ont pas empêchée de travailler jusqu'à maintenant mais entravent certainement ses capacités à s'adapter à de nouvelles situations. Elle n'a plus de loisirs, pas de vie sociale et met toute son énergie pour faire son travail; elle est aujourd'hui aux limites de ce qu'elle peut faire. Ses ressources adaptatives semblent épuisées. Le pronostic est réservé dans le sens qu'il est peu probable qu'elle puisse améliorer sa capacité de travail actuelle. Il y a un risque de décompensation, si ses capacités sont débordées et elle est aujourd'hui très proche du point de rupture.

Sur le plan professionnel, Mme V. _____ est en incapacité de travail depuis le 4.1.2010 pour raison d'épuisement physique et psychique. Elle travaille actuellement à 40%.

Notre évaluation somatique met en évidence des limitations fonctionnelles pour le travail de force et pour les mouvements fins et de préhension des doigts ainsi que pour les activités avec exposition

à des chutes plus élevée que la moyenne, avec une diminution de la capacité de travail et du rendement dans une activité adaptée.

L'évaluation psychique montre un épuisement de ses ressources adaptatives avec un risque de décompensation si on lui demande davantage.

Au terme de notre colloque multidisciplinaire, nous retenons une capacité de travail résiduelle de 40% dans l'activité professionnelle actuelle ».

Au terme de leur rapport, les experts de la T._____ retenaient ainsi une capacité de travail exigible de 40% dans l'activité habituelle de secrétaire comptable à partir du mois d'avril 2011. Ils estimaient que le pronostic médical était réservé pour une reprise de travail supérieure à ce taux, en raison des limitations psychiques. Ils précisait que l'expertisée avait déjà bénéficié de mesures d'ordre professionnel telles qu'une adaptation de son temps de travail et de ses tâches, de sorte que, d'un point de vue somatique, la profession exercée était adaptée à ses limitations. Sur le plan psychique, les experts étaient d'avis qu'il valait mieux maintenir l'assurée dans une activité qu'elle connaissait déjà, un reclassement n'étant dès lors pas judicieux.

L'OAI a soumis le dossier au Service médical régional (ci-après : le SMR) pour appréciation. Dans un rapport du 24 mai 2012, le Dr R._____ a retenu comme atteinte principale à la santé un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et un trouble de la personnalité, associés à une polyarthrose des mains avec rhizarthrose. Il énumérait les périodes d'incapacité de travail suivantes : 100% du 4 janvier au 5 juin 2010, 80% du 5 juin au 6 juillet 2010, 75% du 6 juillet au 16 octobre 2010, 70% du 16 octobre 2010 au 4 avril 2011, puis 60% dès le mois d'avril 2011. Le médecin du SMR se ralliait aux conclusions des experts de la T._____, en fixant la capacité de travail exigible à 40% tant dans l'activité habituelle de l'assurée que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travail lourd ni de port de charges supérieures à 5 kg, pas de travail avec risque d'exposition aux chutes, limitation du port de charges avec la pince est bi-digitale, limitation des mouvements fins avec les doigts de manière répétitive, pas de préhension

de force avec les doigts, pas de station debout prolongée), et proposait une révision du dossier dans un délai d'une année.

Le 9 août 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente d'invalidité. Retenant un statut d'active à 80% et de ménagère à 20%, l'office lui reconnaissait le droit à une demi-rente depuis le 1^{er} mai 2011, soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations AI, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%, puis à un quart de rente depuis le 1^{er} septembre 2011, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé, sur la base d'un degré d'invalidité de 40%.

Par courrier du 3 septembre 2012, l'assurée a fait part à l'OAI de ses objections relatives au projet de décision précité. Elle soutenait en substance qu'elle n'avait pas été en mesure d'augmenter son taux de travail de 30% à 40%, en raison de ses problèmes de santé, et que ses limitations fonctionnelles l'empêchaient de s'occuper correctement de ses tâches ménagères.

Le 11 septembre 2012, l'OAI a avisé l'assurée qu'il allait examiner ses arguments, en particulier la nécessité d'une aide pour les tâches ménagères. Il lui rappelait qu'elle avait entravé la mise en œuvre de l'enquête économique sur le ménage et lui demandait si elle consentait à ce qu'une enquêtrice reprenne contact avec elle afin de fixer une visite à domicile. Il attirait son attention sur le fait que c'était la seule manière de déterminer ses éventuels empêchements.

Sur demande de l'OAI du 11 septembre 2012, l'employeur de l'assurée a confirmé que cette dernière avait conservé un taux d'activité de 30% au sein de son entreprise depuis le mois de septembre 2011, malgré quelques absences répétées pour cause de maladie.

Le 29 octobre 2012, le Dr B. _____ a informé le SMR que le taux d'incapacité de 60% avait dû être augmenté à 70% depuis le 3 octobre 2012, vu l'accentuation de la symptomatologie rhumatismale des mains et des pieds de sa patiente. Selon le médecin traitant, les activités

professionnelles et quotidiennes de la vie se traduisaient par une exacerbation des douleurs, avec pour conséquences une baisse du rendement à moins de 50% et une alternance des phases d'activité et de repos.

Dans un courrier du 20 décembre 2012, l'OAI a rappelé derechef à l'assurée qu'il n'avait pas été en mesure d'effectuer une enquête ménagère à son domicile, car elle s'y était refusée, raison pour laquelle il s'était fondé sur ses déclarations selon lesquelles elle n'avait aucun empêchement ménager. Il estimait au surplus que l'avis du médecin traitant du 29 octobre 2012 ne contenait aucun élément susceptible de remettre en doute les conclusions de l'expertise de la T._____. Il avisait dès lors l'intéressée qu'une décision confirmant son projet du 9 août 2012 et sujette à recours lui serait prochainement notifiée.

Par décision du 6 mai 2013, l'OAI a confirmé intégralement son projet du 9 août 2012, en reconnaissant à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2011, puis à un quart de rente depuis le 1^{er} septembre 2011.

B. V._____ a recouru contre cette décision le 3 juin 2013, en concluant implicitement à l'octroi d'une rente plus importante, faisant pour l'essentiel valoir que sa capacité de travail n'était pas supérieure à 30% et que ses limitations fonctionnelles entraînaient un empêchement ménager de moitié, se prévalant de l'avis de son médecin traitant ainsi que des indications fournies par son employeur.

Par arrêt du 12 novembre 2013 (cause AI 154/13 - 268/2013), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (Casso) a admis le recours de l'assurée et annulé la décision du 6 mai 2013 de l'intimé, pour les motifs suivants (considérant 5) :

« Compte tenu des affections dont souffre la recourante et des déclarations qu'elle a faites aux experts, à l'enquêtrice et à l'intimé, il est vraisemblable qu'elle présente des empêchements ménagers

qui pourraient avoir une incidence sur son taux d'incapacité et donc sur l'étendue de son droit aux prestations.

En pareilles circonstances, la réalisation d'une enquête ménagère était nécessaire afin de permettre à l'OAI de se prononcer en toute connaissance de cause sur l'étendue du droit aux prestations de son assurée.

Certes, la recourante a été invitée, par courrier du 11 septembre 2012, à faire savoir à l'intimé si elle était d'accord qu'une enquêtrice reprenne contact avec elle pour un entretien à son domicile, avec la précision qu'il s'agissait de la seule manière de déterminer ses empêchements. Toutefois, cette seule allégation ne peut être considérée comme une mise en demeure l'avertissant des conséquences juridiques de son refus de collaborer, au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA, ce d'autant moins que l'OAI n'a pas imparti de délai à la recourante pour lui permettre de se conformer à ses obligations.

Dans ces conditions, la décision attaquée doit être annulée et la cause retournée à l'intimé qui en reprendra l'instruction et impartira un délai approprié à la recourante pour qu'elle se soumette à une enquête ménagère à son domicile, l'assurée étant d'ores et déjà invitée à se conformer à ses obligations ».

C. A la suite de l'arrêt du 12 novembre 2013, l'OAI a repris l'instruction du cas de l'assurée. Il a adressé un courrier le 18 décembre 2013 à l'assurée, en lui rappelant la teneur de l'art. 43 al. 2 et 3 LPGA, la priant de lui faire savoir d'ici au 27 janvier 2014 au plus tard si elle acceptait la visite d'une enquêtrice à son domicile pour une enquête ménagère.

Le 27 janvier 2014, une collaboratrice de l'OAI a résumé comme suit son entretien téléphonique avec l'assurée :

« Je rappelle l'assurée suite à son message, ayant déjà essayé plusieurs fois, en vain. L'assurée dit qu'elle est souvent occupée et voulait dire suite à ma lettre du 18.12.2013 qu'elle ne sait pas si elle va accepter (même chose de ce qu'elle a dit à notre enquêtrice lors de son appel en juillet 2011).

J'informe l'assurée de l'importance (cf. arrêt du 12.11.2013), mais elle hésite, se tâte, dit qu'il y a des travaux autour du bâtiment, que sa maman se trouve dans un appartement voisin et pense qu'elle va habiter avec elle, qu'il y a beaucoup de choses dans son appartement, se demande si cela va déranger l'enquêtrice si sa maman est dans une autre pièce... Bref j'interromps l'assurée pour lui rappeler que nous ne faisons qu'exécuter l'ordonnance du juge suite à son recours...

L'assurée dit je sais bien, mais ... Et elle repart dans ses prouesses... Je lui demande de réfléchir et souhaite obtenir sa réponse écrite comme dans mon courrier.

L'assurée était repartie pour un tour et lui répète de bien réfléchir et que j'attends sa réponse. Ok pour elle.

PS : l'assurée a laissé entendre qu'elle ne travaillerait plus (licenciement ou ?) et a vu son médecin pour voir si elle pourrait travailler moins... Rien n'était clair dans ce qu'elle a dit, parlant comme si elle fuyait... N'a pas répondu à mes questions vu que je voulais en savoir plus sur ce qu'il a dit... Je lui ai donc demandé de nous le faire par écrit ».

L'assurée a fait savoir le 10 février 2014 à l'OAI qu'elle n'acceptait pas la visite d'une enquêtrice à son domicile, en notant ce qui suit : « Je ne peux pas recevoir de visite car l'appartement doit être remis en état et n'est pas présentable ».

Le 17 février 2014, l'OAI a adressé sous pli recommandé à l'assurée un courrier intitulé « Dernier rappel : Somation », en lui rappelant à nouveau la teneur de l'art. 43 LPG, et en lui impartissant un nouveau délai au 17 mars 2014 pour confirmer par écrit qu'elle acceptait la visite d'une enquêtrice à son domicile, en la rendant attentive qu'en cas de réponse négative, ou sans réponse de sa part dans le délai précité, un projet de décision lui serait notifié sur cette base et le quart de rente maintenu.

Le 14 mars 2014, l'assurée a finalement accepté qu'une enquêtrice se rende à son domicile, en précisant qu'elle expliquerait plus en détail sa situation lors de la visite.

L'enquête ménagère a eu lieu le 12 mai 2014 au domicile de l'assurée. A cette occasion, l'enquêtrice a relevé que l'assurée avait déclaré que son atteinte à la santé ne changeait pas, celle-ci souffrant toujours au quotidien de douleurs. Elle a également noté que l'assurée avait perdu son emploi dès fin avril 2014, et que sa mère avait été placée en long séjour en février 2013, contre sa volonté. Depuis mai 2011, l'assurée était employée à 40%, avec quatre heures fixes et deux heures flexibles d'horaire journalier, et à 30% depuis septembre 2011. L'assurée a expliqué à l'enquêtrice qu'elle avait fait un maximum de 6 mois à 40% mais qu'elle n'avait pas pu les assumer, nécessitant de travailler à 30% depuis, sous couvert du certificat médical de son médecin traitant.

S'agissant du statut, l'assurée a fait savoir à l'enquêtrice que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 80%. L'enquêtrice a donc retenu un statut d'active à 80% et de ménagère à 20% et des empêchements ménagers à hauteur de 47,8%.

L'assurée a communiqué à l'OAI le 17 mai 2014 un certificat médical du Dr B._____ selon lequel elle présentait une incapacité totale de travail du 14 mai au 1^{er} août 2014, « date de la reprise du travail au taux de capacité de 30% pour une durée indéterminée ».

Le 27 juin 2014, l'assurée a transmis à l'OAI une attestation du Dr B._____ du 4 juin 2014 au Service de l'emploi de l'Etat de Vaud (ci-après : le SDE) selon laquelle la patiente était apte au travail au taux de 30% de manière définitive, avec les restrictions suivantes : portage jusqu'à 5 kg, éviter les travaux fins nécessitant un usage répétitif des pouces et index, et un usage limité du clavier, trajets limités au périmètre [...]. Dans une activité peu manuelle en position assise, l'aptitude restait de 30%.

A la demande de l'OAI, le Dr B._____ lui a adressé un rapport le 1^{er} août 2014, dans lequel il a posé les diagnostics de troubles de la personnalité (organisation psychotique), de polyarthrose des mains avec rhizarthrose bilatérale prédominant à gauche, de trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et de troubles statiques des avant-pieds avec avant-pieds plats transverses, hallux bilatéraux. Au plan physique, les plaintes étaient les mêmes que lors des précédents rapports, avec limitation d'usage des mains et douleurs des pieds; au plan psychiatrique, la patiente avait perdu son travail à fin mars avec beaucoup de complications administratives; elle adoptait un profil de retrait et avait beaucoup de difficultés à gérer les nouveaux problèmes générés par le changement de situation. La capacité de travail était de 30% depuis le 4 octobre 2012, la patiente étant incapable d'augmenter à 40% le taux comme déterminé lors de l'expertise, avec une incapacité totale depuis le 14 mai 2014 pour une durée déterminée, à réévaluer en septembre.

Par avis du 8 octobre 2014, le Dr J. _____ du SMR a relevé que les conclusions du Dr B. _____, pour une capacité de travail dans l'activité habituelle de 30% maximum, en se basant sur les mêmes diagnostics qu'antérieurement, sans argumentation, et sur essentiellement un trouble de la personnalité, n'apparaissaient ni plausibles, ni convaincantes en l'état au vu du dossier et de l'expertise. Pour le Dr J. _____, la situation restait stationnaire.

Par projet de décision du 10 décembre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui reconnaître le droit à trois-quarts de rente (compte tenu d'un degré d'invalidité de 60%) dès le 1^{er} mai 2011, et à une demi-rente (compte tenu d'un degré d'invalidité de 50%) dès le 1^{er} septembre 2011 (après trois mois d'amélioration).

L'assurée s'est déterminée le 22 janvier 2015 sur le projet de décision, en faisant valoir qu'il n'y avait pas eu d'« amélioration » de son état de santé et de son aptitude au travail depuis septembre 2011, sa capacité de travail étant restée de 30% depuis 2012, estimant que le taux de sa rente devait être fixé en conséquence, et joignant à son avis l'attestation du Dr B. _____ du 4 juin 2014.

Par avis du 5 février 2015, le Dr J. _____ du SMR a maintenu que la situation demeurait inchangée.

Le 18 mars 2015, l'OAI a informé l'assurée que sa contestation n'était pas propre à modifier sa position.

Par décision du 23 mars 2015, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à trois-quarts de rente du 1^{er} mai au 31 août 2011, puis à une demi-rente à compter du 1^{er} septembre 2011.

D. V. _____ a recouru contre cette décision le 4 mai 2015 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à l'octroi d'une rente d'un taux supérieur, dans la mesure où elle estime ne pas pouvoir travailler au taux de 40%, mais au

plus à 30%, se prévalant à cet égard des rapports du Dr B._____ des 29 octobre 2012 et 4 juin 2014, et du fait qu'elle s'est inscrite à l'Office régional de placement du SDE (ci-après : l'ORP) à 30% pour retrouver un emploi, contestant que son état se soit amélioré depuis mai 2011.

Dans sa réponse du 9 juillet 2015, l'OAI propose le rejet du recours, indiquant n'avoir rien à ajouter à sa décision et à sa correspondance explicative du 18 mai 2015.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en

principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à une rente d'un degré supérieur à une demi-rente, singulièrement si c'est à bon droit qu'a été reconnue une capacité de travail de 40% dans son activité habituelle à compter du 11 mai 2011, alors que la recourante soutient qu'elle ne peut œuvrer à plus de 30%.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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.

b) Un assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte –, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1).

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des

possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI, en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour cent et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1; TF 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.1 et les références citées).

Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA, 5 al. 1 LAI et 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]; cf. TF 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.2). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1.2).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI, en corrélation avec

l'art. 27bis RAI; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1.3; TF 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.3).

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.2).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2; cf. TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se

fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; cf. Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Cela étant, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 précité consid. 6.1.2, avec la jurisprudence citée).

d) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport

d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1; TF 9C_716/2012 du 11 avril 2013 consid. 4.2 et les références citées).

4. En l'espèce, le statut d'active à 80% et de ménagère à 20% n'est, à juste titre, pas remis en cause. Du reste, la recourante a confirmé à l'enquêtrice qu'en bonne santé, elle travaillerait à 80% - ce qu'elle avait du reste déjà indiqué à l'OAI le 31 janvier 2011 - si bien que l'enquêtrice a retenu, sans qu'il y ait lieu de s'écarter de cette appréciation, un statut d'active à 80% et de ménagère à 20%.

Il n'est pas non plus contesté que la recourante est atteinte dans sa santé : en incapacité de travail totale à compter du 4 janvier 2010, elle a ensuite progressivement pu reprendre son activité habituelle, ayant présenté une capacité de travail de 20% à compter du 5 juin 2010, de 25% dès le 6 juillet 2010, de 30% à compter du 16 octobre 2010, et finalement de 40% dès le mois d'avril 2011 (rapport d'expertise T._____, p. 15 et rapport du Dr B._____ du 14 janvier 2011) (le Dr B._____ ayant également constaté une amélioration de l'état de santé de sa patiente le 1^{er} juillet 2010). La recourante n'est toutefois pas en mesure d'exercer une activité à un taux supérieur à 40%, de l'avis des experts de la T._____. C'est le lieu de préciser que pour parvenir à ce constat, les Drs M._____, W._____, N._____ et S._____, ainsi que la psychologue L._____, ont procédé à un examen complet du dossier de l'assurée, qu'ils ont examinée les 15 et 28 février, 21 mars et 17 avril 2012. Dans leur rapport du 8 mai 2012, ils ont rappelé l'anamnèse de

l'assurée, décrit ses affections et listé ses plaintes. Ils ont ensuite fait état de leurs constatations objectives et résumé les examens (paracliniques, radiologiques, psychologiques et rhumatologiques) pour finalement procéder à une appréciation globale et pluridisciplinaire du cas, à l'issue de laquelle les experts ont retenu une capacité de travail de 40% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Le rapport d'expertise se fonde ainsi sur des examens complets, prend en considération les plaintes de la personne examinée, a été établi en pleine connaissance du dossier, et décrit le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale de façon claire. Les conclusions des experts sont bien motivées et dénuées de contradiction, leur rapport devant se voir reconnaître pleine valeur probante. Les experts ont retenu les diagnostics de polyarthrose des mains avec rhizarthrose bilatérale prédominant à gauche, de troubles statiques des avant-pieds avec avant-pieds plats transverses, hallux valgus bilatéraux, d'ostéoporose du rachis, de trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et de trouble de la personnalité (organisation psychotique). Or ces diagnostics sont identiques à ceux posés par le Dr B. _____ dans son rapport du 1^{er} août 2014 à l'OAI. Ce médecin a du reste lui-même admis que les plaintes au plan physique étaient les mêmes que lors de ses précédents rapports, avec limitation d'usage des mains et douleurs des pieds. Les limitations fonctionnelles posées par ce médecin dans son attestation du 4 juin 2014 au SDE sont elles aussi superposables à celles ressortant du rapport d'expertise du 8 mai 2012. Certes au plan psychique, le médecin traitant a mentionné une attitude de retrait de la patiente, qui avait perdu son travail et présentait des difficultés d'ordre administratif. Or cette seule allégation de difficultés d'ordre administratif n'est pas propre à mettre en doute les conclusions de l'expertise, pas plus que l'affirmation - au demeurant non étayée - du médecin traitant et de la recourante selon laquelle sa capacité de travail est de 30% au maximum, et non pas de 40%. Il ressort en effet du rapport d'expertise qu'en 2012 déjà, l'assurée avait déclaré aux experts que sur son temps de travail de 40%, elle ne travaillait de manière effective qu'à 30% en raison d'une baisse globale de rendement. Les experts ont toutefois considéré que la patiente, quand bien même l'évaluation psychique montrait un épuisement des ressources adaptatives avec un

risque de décompensation si on lui demandait davantage, présentait une capacité de travail résiduelle de 40%. A cette époque, les médecins de la T._____ ont en particulier pris en compte le fait que l'assurée se sentait débordée et incapable de faire face à ce qu'on lui demandait. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de l'appréciation des experts arrêtant la capacité de travail à 40%.

Dans un autre moyen, la recourante fait valoir que son état de santé ne s'est pas amélioré en mai 2011, son incapacité de travail demeurant de 70%, et non de 60% comme l'ont retenu les experts. Or c'est l'employeur qui a indiqué à l'OAI que la capacité de travail était de 40% depuis le 11 mai 2011, taux confirmé par le Dr B._____ (rapport du 6 octobre 2011), ainsi que par les experts, qui ont eux estimé que la capacité de travail de 40% était exigible depuis avril 2011. C'est sur cette base que l'OAI a retenu que la capacité de travail était passée de 30% à 40% en mai 2011 (date au demeurant plus favorable à la recourante que si le mois d'avril 2011 avait été retenu), sans qu'il ne puisse lui en être fait grief.

Il n'est en outre pas déterminant ici que la recourante se soit inscrite auprès de l'ORP à un taux de 30%, et non de 40%. L'assurance-chômage et l'assurance-invalidité n'ont en effet pas un caractère complémentaire réciproque et tiennent compte de critères différents (notamment l'incapacité de travail pour l'AI, l'aptitude au placement pour l'assurance chômage). Un assuré peut dès lors être inapte au placement du point de vue de la législation sur l'assurance-chômage et se voir nier le droit à l'indemnité, même si son incapacité de travail est trop faible pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité (voir par ex. DTA 1999 n° 19 p. 104 consid. 2 et 3; arrêt C 282/05 du 3 mars 2006 consid. 2).

Pour le surplus, la recourante ne remet, à bon droit, pas en question les conclusions de l'enquête ménagère du 12 mai 2014, selon lesquelles elle présente des empêchements ménagers à hauteur de 47,8%. Celles-ci sont bien étayées et ont été posées par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des

empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux, sur la base des indications de la recourante, et doivent être confirmées.

Les calculs auxquels a procédé l'OAI, compte tenu d'une capacité de travail de 30% jusqu'au 11 mai 2011, et de 40% depuis cette date, pour une part active estimée à 80%, et compte tenu d'empêchements évalués à 47,8% sur la part ménagère de 20%, ne prêtent par ailleurs par le flanc à la critique et doivent être confirmés, la recourante ayant ainsi droit à trois quarts de rente dès le 1^{er} mai 2011 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2011.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause et ayant agi sans conseil (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 23 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- V. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :