

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2019

Composition : M. NEU, président
M. Bonard et Mme Silva, assesseurs
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...] ([...]), recourante, représentée par Me Pierre Seidler,
avocat à Delémont,

et

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

Art. 28 LAI et 17 LPG

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1966, a travaillé en dernier lieu en qualité de secrétaire médicale à 100 % pour le compte du Dr C._____.

Le 3 septembre 2009, après son travail, A._____ s'est entraînée à vélo en vue d'un triathlon. Alors qu'elle roulait en descente sur une route principale à une vitesse d'environ 50 km/h, elle est entrée en collision avec un véhicule automobile qui lui a coupé la priorité entraînant un choc à haute énergie et à vitesse élevée et projetant la cycliste sur plus de six mètres.

Héliportée au Centre hospitalier J._____ (...), l'assurée a été hospitalisée au service de neurochirurgie de cet établissement du 3 au 9 septembre 2009. Le Prof. F._____, spécialiste en neurochirurgie et les Drs G._____, spécialiste en neurochirurgie, H._____, spécialiste en neurochirurgie, et I._____, spécialiste en chirurgie, ont posé les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral, de fracture des lames bilatérales de C6, de fracture de la facette articulaire de C6, à droite, de fracture de la lame de C7 à gauche, avec extension au niveau de la facette articulaire inférieure de C7 à gauche, de fracture de l'apophyse transverse droite et de l'épineuse de D1, de fracture des apophyses transverses droites de L1 à L5, de fracture de la pointe supérieure de l'aileron sacré gauche, s'étendant dans l'articulation sacro-iliaque gauche, de fracture de l'omoplate à droite, de fracture de l'arc postérieur des côtes 1 à 7 à droite et de contusion pulmonaire du segment supérieur du lobe inférieur droit (rapport du service de neurochirurgie du Centre hospitalier J._____ du 11 septembre 2009, pp. 1-2).

En date du 13 septembre 2009, l'employeur a adressé à IA._____ SA une déclaration de sinistre dont il résultait que le travail avait été interrompu dès le 4 septembre 2009 en raison de l'accident précité. A la suite de cette annonce, IA._____ SA (ci-après : IA._____

SA), assureur-accidents du Dr C._____, a pris en charge le cas (indemnités journalières et traitements médicaux).

A l'issue de l'examen pratiqué à la Clinique dentaire K._____, le diagnostic de contusion dentaire a été posé pour les dents 13, 12, 11, 21, 22 et 23, sous la précision qu'une fissure était visible sur la dent 11 (questionnaire « Lésions dentaires - constatations/devis - LAA » du 5 octobre 2009, ch. 4).

Une radiographie pratiquée au Centre d'imagerie L._____ par la Dre L._____, spécialiste en radiologie, a montré une fracture oblique partiellement consolidée de la base de la phalange distale du pouce qui touche la surface articulaire, sans décrochage (rapport du 13 octobre 2009).

En raison de l'accident du 3 septembre 2009 et de l'arrêt de travail subséquent, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 27 octobre 2009.

Le Dr M._____, spécialiste en radiologie a constaté une double discopathie C4-C5 et C5-C6, une déformation sigmoïde de la colonne cervicale et un rétrécissement du canal au niveau C4, C5, C6 modéré à l'issue d'un examen par imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiqué le 4 janvier 2010 à l'Hôpital de la Tour Meyrin.

D'après le rapport du 27 janvier 2010 du Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée a développé - à la suite de l'accident - un trouble dépressif réactionnel post-traumatique traité par psychothérapie et psychopharmacologie.

Par certificat médical du 27 avril 2010, le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil moteur à la Clinique de P._____, également médecin traitant, a attesté d'un syndrome douloureux chronique et exposé qu'il avait réalisé le

26 avril 2010 une arthroscopie de l'épaule, mettant en évidence une lésion par déchirure du bourrelet glénoïdien supérieur et postérieur, traité par une régularisation, ainsi qu'une lésion par déchirure partielle à la face profonde du tendon du sus-épineux, traitée par régularisation et acromioplastie par arthroscopie. Il a en outre indiqué que cette intervention nécessiterait une période de physiothérapie jusqu'à normalisation de la fonction de l'épaule et précisé que l'extrémité distale de la clavicule présentait une non-consolidation, alors peu symptomatique et sans indication opératoire, mais réservait son pronostic à ce sujet.

Dans un certificat médical daté du 31 mars 2010, le Dr Q._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL) et en chirurgie cervico-faciale, a attesté que l'assurée souffrait d'acouphènes de l'oreille gauche perçus depuis l'accident. De l'avis de ce spécialiste, une contusion de l'oreille interne dans le cadre d'un traumatisme crânio-cérébral pouvait engendrer de façon classique un dérèglement fonctionnel avec acouphènes.

IA._____, SA a confié un mandat d'expertise au Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 22 mai 2010, ce spécialiste a mis en lumière une fracture des deux lames et de la facette articulaire droite de C6, une fracture de la lame et de la facette articulaire gauche de C7, une fracture de l'apophyse transverse et de l'épineuse de D1, une fracture des apophyses transverses L1-L5 droites, une fracture de la partie supérieure de l'aileron sacré gauche, avec trait de refend dans la sacro-iliaque gauche, une fracture du col de l'omoplate droite, une fracture de l'extrémité distale de la clavicule droite, une fractures des cotes I à VII à droite, une contusion pulmonaire droite et du fracture/arrachement de la base du pouce à gauche. Il a retenu qu'il persistait un important syndrome douloureux sous forme de nualgies et de restriction de la mobilité liés aux fractures de C6-C7 et de D1 qui sont pratiquement consolidées, sans instabilité résiduelle. Il a considéré que si les discopathies C4-05, C5-C6 préexistantes antérieures à l'accident jouaient probablement un rôle dans la symptomatologie douloureuse actuelle de nualgies, ce n'était pas du

tout déterminant compte tenu de l'importance des lésions traumatiques osseuses et articulaires, ayant entraîné des lésions à trois niveaux de la charnière cervicodorsale. Concernant l'épaule droite, le Dr R._____ a inféré de son examen que les douleurs étaient encore en relation probable avec la fracture du col de l'omoplate, les fractures costales postérieures et peut-être, mais seulement partiellement, avec la fracture de l'extrémité distale de la clavicule droite qui lui semblait cliniquement consolidée. Il a retenu que les paresthésies à droite décrites par l'assurée étaient probablement des pseudos-paresthésies liées à la pathologie séquellaire traumatique de l'épaule droite. A la lecture du scanner de l'épaule droite, il a identifié une pseudarthrose de l'extrémité distale de la clavicule et un trait de fracture encore visible du col de l'omoplate, celles-ci étant selon lui en relation de causalité certaine avec l'accident. Le Dr R._____ a conclu que les diagnostics constatés sont de causalité naturelle hautement probable avec l'événement du 3 septembre 2009, sous réserve de la lésion du bourrelet de l'épaule gauche pour laquelle il n'était pas possible de répondre avec certitude du fait de l'importance du mécanisme lésionnel. L'expert désigné par IA._____ SA a encore relevé que compte tenu de l'importance des fractures il n'y aurait pas de *statu quo sine* ou *ante*.

L'assurée a séjourné au service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique de réadaptation S._____ (ci-après : Clinique de réadaptation S._____) du 17 août 2010 au 29 septembre 2010. Par rapport du 27 octobre 2010, le Prof. T._____, spécialiste en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, ainsi que le Dr U._____, médecin assistant, ont posé le diagnostic de cervicalgie avec des douleurs des ceintures scapulaires et avec irradiation des douleurs à type de lancée au niveau du bras gauche tronquée au coude dans un contexte post-traumatique, relevant qu'il n'était pas inhabituel que des patients qui avaient présenté des fractures à haute énergie, notamment du thorax, gardent des séquelles douloureuses indépendamment du résultat des explorations.

Dans le cadre de ce séjour, un examen neuropsychologique a été mené les 22 et 27 septembre 2010. V._____, spécialiste en neuropsychologie, et W._____, neuropsychologue, ont mis en évidence des performances normales dans tous les domaines investigués (orientation spatio-temporelle, attention, mémoire, fonctions exécutives, langage, praxies et gnosies). Ils ont en outre recommandé un suivi psychologique au vu des plaintes post-traumatiques rapportées.

Le 1^{er} avril 2011, les Drs AU._____ et AV._____, médecins au SMR (Service médical régional de l'Al), ont retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de cervico-scapulalgies irradiantes dans le bras gauche. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent d'origine post-traumatique, épisode actuel léger sur personnalité à traits anankastiques, n'avait quant à lui pas d'effet sur la capacité de travail. Ces médecins ont admis une entière incapacité de travail du 3 septembre 2009 au 28 octobre 2010. Dès cette date et en ce qui concerne l'activité habituelle, une capacité de travail de 50 % est reconnue, une pleine capacité de travail étant exigible dans une activité adaptée. Ils ont retenu à titre de limitations fonctionnelles que l'assurée devait éviter la position assise statique prolongée du tronc et de la tête, le port de charges du membre supérieur gauche, le travail du bras gauche au-dessus de l'horizontale et les travaux nécessitant des efforts de pression avec le pouce gauche.

Par certificat médical du 9 juin 2011, le Dr O._____ a attesté d'une aptitude à renouer avec l'activité professionnelle habituelle à 30 % dans le cadre d'une reprise thérapeutique, une activité adaptée de secrétariat n'entraînant pas d'aggravation de l'état physique actuel de l'assurée.

A la requête d'IA._____ SA, une expertise neurologique a été confiée au Dr X._____, spécialiste en neurologie. Celui-ci a examiné l'assurée le 28 juin 2011 et rendu son rapport le 4 juillet 2011. Dans son appréciation du cas, le Dr X._____ a exposé une possible stabilisation en septembre 2011. Ce spécialiste est d'avis que l'ensemble du syndrome

douloureux déploré par l'intéressée a été causé de manière vraisemblable, soit à plus de 50 %, par l'accident du 3 septembre 2009, sans limites de causalité dans le temps. S'agissant de la capacité de travail, le Dr X. _____ a estimé la capacité de travail dans l'activité habituelle de secrétaire médicale à probablement 50 % et précisé qu'en cas d'échec, un reclassement professionnel est à envisager, l'éventuelle activité adaptée excluant le port de charges et la position assise prolongée.

Le 30 juin 2011, l'assurée a débuté comme secrétaire médicale auprès de la Clinique de P. _____ à 30 % au titre de reprise thérapeutique. Dans un rapport adressé le 14 juillet 2011 au service administratif d'IA. _____ SA, le Dr Y. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, également médecin-conseil d'IA. _____ SA, a indiqué que, de son appréciation, la capacité de travail était de 50 % dans toute activité. Selon une note interne du 17 août 2011, IA. _____ SA a recommandé une augmentation du taux d'activité en reprise thérapeutique à 40 % puis à 50 %.

Il ressort d'une note interne d'IA. _____ SA du 9 septembre 2011 que la reprise thérapeutique, un temps poussée jusqu'à 50 %, a été arrêtée d'un commun accord entre l'assurée et la case manager d'IA. _____ SA en raison de fortes cervicalgies qui l'obligeaient à s'allonger et à prendre des médicaments antalgiques en rentrant du travail.

IA. _____ SA a confié une expertise au Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, afin de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée en qualité d'assistante médicale et sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Dans son rapport du 14 décembre 2011, ce spécialiste a conclu que la capacité de travail de l'intéressée dans l'activité habituelle de secrétaire médicale était très limitée (20 %), ce métier ne respectant pas habituellement les limitations fonctionnelles. Il a estimé que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit un travail sédentaire

ou semi-sédentaire sans port de charge et sans positions statiques prolongées, une capacité de travail de 75 % était désormais exigible.

IA. _____ SA a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire confiée aux Drs X. _____ et R. _____.

Par rapport du 29 janvier 2013, le Dr X. _____ n'a pas retenu, du strict point de vue neurologique, de diagnostic en relation de causalité avec l'accident du 3 septembre 2009 ni de limitation fonctionnelle sur le plan professionnel. Selon lui, l'état de santé s'est stabilisé deux ans après l'accident, soit dès le 3 septembre 2011. Il a observé que l'évènement du 3 septembre 2009 a aggravé de manière transitoire un syndrome radiculaire C6 gauche sur compression foraminale disco-ostéophytaire. De l'avis du Dr X. _____, le trouble précité est en relation de causalité avec l'accident (p. 11). Il résulte du rapport que l'état de santé de l'assurée a complètement atteint le *statu quo sine* le 3 septembre 2011. Ce spécialiste a préconisé la poursuite de la médication en cas de douleurs. Sur le plan professionnel, le Dr X. _____ a reconnu une pleine capacité de travail à l'intéressée (p. 12).

Selon le rapport du Dr R. _____ du 22 février 2013, l'état de santé de l'intéressée est stabilisé depuis 2012. Au vu des performances sportives, l'assurée ne nécessitait plus de traitement médical. Pour l'expert, il s'agissait d'éléments objectifs, qui montraient une bonne récupération fonctionnelle, la randonnée à ski de montagne en dénivelé, ne pouvant s'effectuer que grâce à une bonne fonction des bras, et en particulier des ceintures scapulaires. S'il subsistait selon lui un syndrome douloureux résiduel dû aux séquelles de fractures, probablement au niveau costal et au niveau de la pseudarthrose distale de la clavicule droite, celui-ci était relativement modéré compte tenu des performances sportives de 2011 et de 2012 (triathlon, ski de randonnée), dont les résultats restaient très bons et flatteurs pour une femme de 45 ans. Pour le Dr R. _____, il n'existait aucun élément orthopédique permettant de justifier une quelconque incapacité de travail dans une activité de secrétaire médicale (pp. 9-10). Selon lui, des séquelles définitives ont

subsisté sous la forme d'un syndrome douloureux résiduel, celui-ci étant très modéré et « absolument pas » incapacitant dans l'activité habituelle de secrétaire médicale. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle précitée était entière (p. 13).

Dans un avis SMR du 10 avril 2013, le Dr AW._____, médecin au SMR, a repris les conclusions des Drs V._____ et R._____.

Par certificat médical du 26 avril 2013, le Dr BA._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que l'assurée se réalisait et trouvait son élan vital à travers ses activités sportives, regrettant l'absence de recherches actives d'aménagements ergonomiques qui permettraient la reprise d'une activité.

Dans le cadre de la procédure d'assurance-accidents, A._____ a produit le 30 avril 2013 les documents suivants :

- Un rapport du 10 décembre 2012 du Prof. BB._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, faisant état d'une aggravation des syndromes douloureux avec un engourdissement et d'une pseudarthrose de l'extrémité distale de la clavicule droite, et renvoyant l'assurée au Prof. BC._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour des examens complémentaires. Le Prof. BB._____ était d'avis que ces affections relevaient de douleurs fonctionnelles sur status post-fracture de l'omoplate droite et de l'arc postérieur des sept premières côtes.
- Un rapport du 18 avril 2013 du Prof. BD._____, spécialiste en neurologie, regrettant les lacunes des expertises X._____ et R._____ sur le plan ergothérapeutique et relevant des contradictions sur la capacité de travail. Ce spécialiste a adhéré à la conclusion de syndrome résiduel douloureux entièrement séquellaire à l'accident du 3 septembre 2009 et

relevé, s'agissant des activités sportives intenses pratiquées par l'assurée, qu'elles n'étaient pas en contradiction avec une incapacité de travail comme secrétaire médicale du fait de la position ergonomique particulière pratiquée. Pour lui, il était compréhensible d'une part, que, dans le contexte post-traumatique, des douleurs posturales rachidiennes cervico-brachiales et nucales liées à l'aspect postural puissent apparaître dans la position adoptée dans un travail de secrétaire médicale, et d'autre part qu'une activité sportive intense puisse soulager les douleurs.

- Un rapport du 19 avril 2013 du Prof. BB. _____ relevant que de son expérience, les lésions à haute énergie en cause pouvaient causer des séquelles douloureuses mêmes importantes.

Le 25 juin 2013, le Service juridique de l'AI a estimé que les différentes expertises médicales au dossier n'étaient pas réellement contradictoires, mais démontraient plutôt l'évolution du cas dans le temps. Il a suggéré de retenir les expertises des Drs V. _____ et R. _____, qualifiées de « claires, complètes et détaillées » et de concordantes dans leurs conclusions. S'agissant de la date à partir de laquelle une pleine capacité de travail pouvait être retenue, le Service juridique a suivi le Dr V. _____ qui indiquait que l'état de santé s'est stabilisé et amélioré dès septembre 2011, avec une capacité de travail totale dans toute activité, notamment en raison des performances sportives de l'assurée. Il a retenu qu'à l'échéance du délai d'attente, en septembre 2010, l'incapacité de travail était de 100 % dans toute activité, de sorte que l'intéressée avait droit à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2010. Depuis janvier 2011, le Service juridique a retenu une capacité de travail de 50 % dans toutes activités, de sorte que l'assurée avait droit à une demi-rente dès le 1^{er} mai 2011.

Reprenant les conclusions de l'avis de son Service juridique et par projet de décision du 26 juin 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il

entendait lui allouer une rente entière à partir du 1^{er} septembre 2010, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année, une demi-rente à partir du 1^{er} mai 2011, soit trois mois après l'amélioration de l'état santé et de supprimer celle-ci dès le 1^{er} décembre 2011, soit trois mois après l'amélioration de l'état santé.

A._____ a contesté ce projet de décision par courrier de son conseil du 27 août 2013 dans la mesure où il supprimait, dès le 1^{er} décembre 2011, la demi-rente allouée à partir du 1^{er} mai 2011 aux motifs d'une part que la documentation médicale en sa possession et son état de santé ne lui permettait pas d'exercer une activité, quelle qu'elle soit, et même adaptée, à plus de 50 % et d'autre part qu'elle devait encore se soumettre à une intervention chirurgicale au Centre hospitalier J._____. Elle s'est prévaluée à cette occasion des rapports médicaux suivants :

- Un rapport du 3 juin 2013 du Prof. BC._____ constatant une pseudarthrose du tiers distal de la clavicule droite et des cervico-scapulalgies droites résiduelles suite au traumatisme survenu en septembre 2009. Ce spécialiste mettait en évidence une asymétrie de la fonction scapulo-thoracique avec un décollement scapulaire droit lors de la rotation externe contre résistance, associé à un glissement antérieur de toute la ceinture scapulaire en lien avec la pseudarthrose de la clavicule. Contrairement à l'expert R._____, le Prof. BC._____ entendait évaluer la possibilité d'effectuer une prise en charge chirurgicale avec cure de pseudarthrose, geste selon lui à même d'atténuer partiellement la symptomatologie douloureuse.
- Un rapport du 19 août 2013 du Dr BE._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, diagnostiquant des cervicalgies vertébrales post-traumatique en relation directe avec l'accident, décrivant le mécanisme du choc à haute énergie vécu par l'assurée et ses conséquences cervico-vertebro-scapulaires, qualifiant de

compréhensibles les plaintes de l'intéressée relatives aux douleurs posturales rachidiennes cervico-brachiales et nucales en cas de position assise prolongée, estimant la capacité de travail dans toute activité à 50 % et recommandant l'octroi d'une rente d'invalidité de 50 %.

- D'une lettre de sortie du Centre hospitalier J._____, site de BF._____, du 14 juin 2013 exposant les motifs d'une prise en charge psychiatrique du 31 mai au 14 juin 2013 en raison de troubles du sommeil, d'un état anxio-dépressif sévère et d'idéations suicidaires récurrentes et envahissantes scénarisées. Dans ce document, les Dres BG._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en médecine du travail et en médecine interne générale, et BH._____, médecin-assistante, ont posé les diagnostics de réaction aiguë à un facteur de stress important, réaction anxio-dépressive sévère (F43.0), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) de trouble de stress post-traumatique suite à l'accident de 2009 et de séparation (Z63.5) (cf. avis de sortie du Centre hospitalier J._____ du 14 juin 2013).

Dans le cadre de la procédure d'assurance-accidents, A._____ a produit le 27 août 2013 les documents suivants :

- Un rapport CT-scan cervico-thoracique du 29 avril 2013 établi par la Dre BI._____, spécialiste en radiologie, contredisant les conclusions de l'expert R._____ et concluant à de multiples séquelles post-traumatiques sans changement par rapport au CT-scan réalisé en 2010 et à une pseudarthrose du tiers distal de la clavicule.
- Un rapport du 29 avril 2013 de la Dre BJ._____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive, qui imputait le syndrome résiduel douloureux à l'accident du 3 septembre

2013, relevant que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé, mais évoluait favorablement, bien que lentement, sans qu'il soit possible d'évaluer la durée du traitement et l'étendue définitive des séquelles.

- Un rapport d'IRM cervicale du 22 mai 2013 du Dr BK._____, spécialiste en radiologie, faisant suite à une demande du Prof. BD._____, identifiant des discopathies siégeant principalement aux étages C4-05 et C5-C6, avec potentiel conflit sur la racine C6 gauche suite à une protrusion disco-ostéophytaire foraminale sur discopathie et uncarthrose, engendrant une sténose modérée à sévère du foramen de conjugaison et un possible conflit sur la racine C5 droite suite à une discopathie avec plus petite protrusion disco-ostéophytaire foraminale et uncarthrose, s'accompagnant d'une sténose modérée du foramen de conjugaison à ce niveau.

- Un rapport du 24 mai 2013 du Prof. BD._____ confirmant que la composante traumatique des troubles statiques de la colonne cervicale était évidemment tout à fait convaincante, sauf si la composante traumatique ne pouvait être établie clairement par rapport à une composante arthrosique spontanée, auquel cas le facteur traumatique serait interrompu après deux ans. Ce neurologue était d'avis que les douleurs statiques, exacerbées en position statique au niveau cervico-scapulaire, étaient compatibles avec la persistance séquellaire de tiraillement fascio-musculaire sur les points d'insertion au niveau des fractures costales, ainsi que des apophyses transversées épineuses.

Dans un avis SMR du 1^{er} octobre 2013, les Dr AW._____ et AX._____ ont constaté qu'il existait des faits médicaux nouveaux, notamment une plausible aggravation de l'état de santé sur le plan

psychiatrique, et qu'il convenait de requérir des nouveaux rapports auprès du Prof. AD. _____ et du Dr AJ. _____.

Le 17 octobre 2013, le Prof. BC. _____ a opéré l'assurée au Centre hospitalier J. _____, réalisant une cure de pseudarthrose de la clavicule distale droite par débridement du foyer de pseudarthrose, réduction sanglante et ostéosynthèse par vis et plaque, ostéo-suture, décortication et greffe osseuse. Il s'en est suivi une immobilisation de quatre semaines dans un gilet orthopédique. IA. _____ SA a pris en charge le cas du 17 octobre 2013 au 31 janvier 2014. Il s'en est suivi une incapacité de travail à 100 % du 17 octobre 2013 au 17 novembre 2013, puis à 50 % dès le 13 janvier 2014 (rapports du Prof. BC. _____ des 25 octobre 2013 et 10 janvier 2014).

Dans un rapport du 22 octobre 2013 à l'OAI, le Dr AJ. _____ a exposé que sa patiente souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère depuis le mois de mai 2013 (F32.2), d'autres troubles spécifiques de la personnalité sous la forme d'une dépendance affective et de traits anankastiques (F60.8), de multiples séquelles somatiques dues à l'accident du 3 septembre 2009, de la séparation de son ami qui la quittée brusquement (Z63.5), de difficultés liées au logement et aux conditions économiques (Z59). Il a exposé qu'une nette péjoration thymique était survenue en deux temps. Sa patiente avait repris contact au mois d'avril 2013 très affectée par le fait que l'assurance LAA n'entrait plus en matière, puis s'était effondrée au mois de mai 2013 lorsque son compagnon depuis douze ans l'avait quittée du jour au lendemain pour une autre femme nettement plus jeune et sans problème de santé. Cette rupture survenue en l'absence de problème de couple était décrite comme traumatique pour cette patiente qui présentait une dépendance affective pour cet homme. Ces deux étapes avaient conduit à l'hospitalisation en secteur psychiatrique. Le Dr AJ. _____ a indiqué que l'état dépressif sévère persistait malgré la médication mise en place. Il a estimé une possible guérison dans un délai de six mois à un an avec un retour à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux problèmes

physiques. Pour ce spécialiste, la capacité de travail était nulle depuis le mois d'avril 2013.

L'intéressée a été réhospitalisée au Centre hospitalier J._____, site de AT._____, du 7 au 21 septembre 2013 à la suite d'idéations suicidaires scénarisées.

Dans un rapport du 22 octobre 2013, le Dr BA._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère depuis mai 2013 (F32.2), de troubles spécifiques de la personnalité (dépendance affective, traits anankastiques) (F60.8), de séparation (Z63.5) et de difficultés liées au logement et aux conditions économiques (Z59).

Dans un avis médical SMR du 30 octobre 2013, les Drs AW._____ et AX._____ ont repris les conclusions du Dr AJ._____ retenant que malgré une bonne compliance, un état dépressif sévère persistait et que la capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 1^{er} avril 2013. Ils ont estimé que la situation devrait être réévaluée dans un délai de six mois.

Réévaluant le dossier le 17 janvier 2014, le Service juridique de l'OAI a requis du SMR qu'il réexamine l'ensemble des pièces médicales au dossier et d'indiquer les raisons pour lesquelles un avis plutôt qu'un autre devait être retenu sur le plan somatique. Sur le plan psychique, il a demandé au SMR de fournir des renseignements sur l'incapacité de travail qui pourrait être admise pour raisons psychiatriques pendant les années 2009 à 2011.

Dans un avis SMR du 28 janvier 2014, les Drs AW._____ et AX._____ ont exposé que les expertises des Drs R._____ et V._____ étaient basées sur un examen soigneux du dossier et des radiographies, qu'elles comprenaient des anamnèses complètes prenant en compte les plaintes de l'assurée, ainsi que des status détaillés. Elles étaient plus probantes que l'avis non motivé du Dr AG._____. Ils ont retenu l'avis du Dr V._____, selon lequel les cervicobrachialgies gauches avaient évolué

favorablement vers un status neurologique normal sans limitations fonctionnelles. Cet expert a estimé que l'amélioration remontait au mois de septembre 2011. Sur le plan psychiatrique, les Drs AW._____ et AX._____ ont retenu que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent ayant débuté par un premier épisode un mois après l'accident du 3 septembre 2009, traité par le Dr P._____, entre les mois d'octobre 2009 et d'avril 2010. Ils ont constaté une rechute dépressive lors du séjour à la Clinique de réadaptation S._____ au mois de septembre 2010, traitée dès la sortie de cet établissement de réhabilitation par le Dr AJ._____, avec une incapacité de travail jusqu'au 28 janvier 2011.

Le 13 janvier 2014, l'assurée a recommencé à travailler en qualité de secrétaire médicale à 50 % pour un salaire mensuel brut de 3'301 fr. 67 selon contrat de travail du 3 février 2014.

Dans un avis du 6 mars 2014, le Service juridique de l'AI a considéré qu'au vu de la capacité de travail entière recouvrée au mois de septembre 2011, la demi-rente devait être supprimée au 30 novembre 2011. S'agissant des incapacités de travail pour raisons psychiatriques antérieures à l'aggravation du mois d'avril 2013, elles n'atteignaient pas la durée d'une année ininterrompue. L'instruction devait toutefois être poursuivie en ce qui concerne la nouvelle incapacité de travail psychiatrique débutée en avril 2013, en lien avec l'atteinte.

Par motivation du même jour, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} septembre 2010, dite rente étant réduite en une demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 50 % à partir du 1^{er} mai 2011, soit trois mois après l'amélioration de son état santé. Dite demi-rente était ensuite supprimée dès le 1^{er} décembre 2011, soit trois mois après qu'A._____ ait recouvré sa pleine capacité de travail.

Par courrier du 17 avril 2014, A._____ a personnellement contesté la motivation retenue par l'OAI, requérant notamment de

reconsidérer les séquelles définitives et durables qu'elle présentait, sa capacité de travail et son droit à une orientation professionnelle, ainsi que l'octroi d'une demi-rente de l'assurance-invalidité. Elle a en outre remis à l'OAI les rapports médicaux du Prof. AD. _____ du 3 juin 2013, de la Dre AF. _____ des 22 mai 2012 et 29 avril 2013, du Prof. AC. _____ des 18 avril, 6 mai et 24 mai 2013, du Dr AIA. _____ du 19 avril 2013, du Dr AY. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil d'IA. _____ SA, du 17 juillet 2012, ainsi que le certificat du Dr AJ. _____ du 26 avril 2013.

La notification de la décision a été interrompue par l'OAI par courrier du 21 mai 2014 selon avis du Service juridique du même jour et une note interne du lendemain. Il s'agissait de compléter l'instruction auprès du Dr AJ. _____, de compléter l'aspect économique du dossier en prenant des renseignements auprès de l'employeur, puis de soumettre à nouveau le dossier au SMR.

Par rapport du 10 juin 2014 et s'agissant des diagnostics avec effet sur la capacité de travail, le Dr AJ. _____ a indiqué que sa patiente souffrait d'un trouble dépressif récurrent (F33), en rémission depuis avril 2014, léger depuis janvier 2014, sévère de mai 2013 à décembre 2013. Il a précisé que le premier épisode datait de 2009, suite à l'accident de vélo. Il a également retenu d'autres troubles spécifiques de la personnalité (F60.8) depuis l'âge de jeune adulte, de multiples séquelles somatiques dues à l'accident du 3 septembre 2009, une séparation au mois de mai 2013 (Z63.5) et des difficultés liées aux conditions économiques (Z59) depuis le mois de juin 2013. Il a estimé que l'assurée s'était trouvée en pleine incapacité de travail du 31 mai au 31 décembre 2013 et que dès lors, l'activité de secrétaire médicale était encore exigible à 50 %.

Dans un avis du 20 août 2014, les Drs AW. _____ et AZ. _____, médecins au SMR ont estimé que la description du poste de travail de l'assurée montrait qu'elle pouvait alterner les positions de la nuque comme préconisé par le Dr AC. _____ dans ses rapports des 18 avril et 25 mai 2014. Une telle activité était adaptée et exigible à 100 %.

Sur le plan psychique, ils ont retenu l'avis du Dr AJ._____ qui exposait dans son rapport du 10 juin 2014 que l'assurée avait présenté un épisode dépressif sévère, qui s'était progressivement amendé. Ils ont conclu à l'absence d'incapacité de travail psychiatrique depuis le mois d'avril 2014.

Par courriers du 7 et 11 novembre 2014 au conseil de l'assurée, l'OAI a exposé que les nouvelles pièces produites par l'intéressée avaient été soumises au SMR qui confirmait dans son avis du 20 août 2014 qu'une entière capacité de travail pouvait être exigée de l'assurée dans son activité habituelle de secrétaire médicale. Sur le plan psychique, l'OAI a considéré que l'atteinte psychiatrique n'avait pas occasionné d'incapacité de travail d'une durée d'une année au moins. Il a ainsi confirmé le projet de décision du 26 juin 2013.

Par décision du 26 mars 2015, dont la motivation ressort des avis préalablement communiqués à Me Seidler les 1^{er} et 11 novembre 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100 % à partir du 1^{er} septembre 2010, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année. A partir du 1^{er} mai 2011, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'intéressée, l'OAI lui a alloué une demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 50 %. L'assurée recouvrant une pleine capacité de travail dès le 1^{er} septembre 2011, l'OAI a supprimé la demi-rente de l'intéressée dès le 1^{er} décembre 2011, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé.

B. Dans l'intervalle et par décision sur opposition du 17 juin 2014, confirmant une décision du 18 mars 2013, IA._____ SA a mis fin à ses prestations (traitement médical et indemnités journalières), motif pris que la situation médicale de l'assurée était stabilisée au plus tard à fin 2012 et considérant en outre que les conditions pour l'octroi d'autres prestations en espèces n'étaient pas remplies faute de séquelles. En bref, elle a considéré que les appréciations des experts X._____ et R._____ satisfaisaient aux critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Pour IA._____ SA, les expertises expliquaient de manière claire et

convaincante pour quelles raisons l'état de santé de l'assurée était stabilisé et la capacité de travail entière.

C. Par acte du 8 mai 2015, A._____, alors domiciliée à [...] (VD), assistée de Me Pierre Seidler, a recouru à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Canton de Vaud à l'encontre de la décision du 26 mars 2015 de l'OAI concluant à l'annulation de la suppression de la rente en invoquant une instruction incomplète sur le plan de l'assurance-accidents. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise, respectivement la suspension de la cause jusqu'à droit connu sur l'issue de la procédure en matière d'assurance-accidents introduite par recours du 14 août 2014.

Dans l'intervalle, A._____ a également recouru à la Cour des assurances sociales le 14 août 2014 à l'encontre de la décision sur opposition du 17 juin 2014 rendue par IA._____ SA. Dans ce cadre et sur requête de l'assurée, le juge instructeur a confié à Centre d'expertise BP._____ le soin de procéder à une expertise judiciaire pluridisciplinaire (orthopédique, rhumatologique, neurologique et psychiatrique) d'A._____ par ordonnance du 26 mai 2015.

Dans sa réponse du 19 août 2015, l'OAI a convenu de suspendre la procédure en matière d'assurance-invalidité le jusqu'à droit connu sur la procédure en matière d'assurance-accidents.

Déposé le 4 avril 2016, le rapport d'expertise judiciaire était signé par les Dres BL._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, BM._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale, ainsi que par les Drs BN._____, spécialiste en neurologie, et BO._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (ci-après : les experts du BP._____ ou les experts judiciaires). Il était spécifié en tête du rapport que les constatations et conclusions se fondaient sur le dossier remis par la Cour de céans, les examens cliniques, l'analyse des documents radiologiques et les discussions de synthèse consensuelles entre les auteurs. Débutant par un énoncé des motifs de l'expertise et un résumé des principales pièces figurant aux dossiers administratif et

judiciaire (pp. 4-19), le rapport comprend une anamnèse somatique et psychiatrique complète (pp. 20-35). Il expose ensuite les plaintes de l'assurée (pp. 36-42), les constatations objectives faites à l'occasion de l'examen clinique (pp. 43-59) et les diagnostics retenus (pp. 60-82). Le rapport répond aux questions en matière de causalité (pp. 83-85 et 91-96), de capacité de travail (pp. 86 et 91-96), de stabilisation du cas (pp. 87-88 et 91-96) et d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (pp. 89-90 et 91-96).

Les experts judiciaires ont énoncé les diagnostics suivants (p. 60) :

« Rachialgies et scapulalgies après polytraumatisme (T07) le 03.09.2009 avec :

- TCC léger
- Fractures vertébrales étagées : des lames bilatérales de C6, de la facette articulaire droite de C6, de la lame gauche de C7, de la facette articulaire gauche, fracture de l'apophyse transverse droite et de l'épineuse de D1, fracture des apophyses transverses droites de L1 à L5
- Fracture de la pointe de l'aileron sacré gauche avec composante articulaire sacro-iliaque gauche
- Fracture du col de l'omoplate droite
- Fractures des arcs postérieurs des côtes 1 à 7 à droite
- Fracture -arrachement du tiers distal de la clavicule droite, compliquée de pseudarthrose avec diastasis acromio-claviculaire, cure de pseudarthrose de la clavicule droite le 25.10.2013. Ablation du matériel le 22.01.2015.
- Contusion de l'épaule gauche avec révision arthroscopique en avril 2010
- Fracture de la phalange distale du pouce gauche
- Contusion pulmonaire (segment supérieur du lobe inférieur droit) et discret pneumothorax apical
- Contusions dentaires et fissure de la 11

Troubles dégénératifs étagées discopathiques du rachis sans radiculopathie ni myélopathie définie M47.8

Acouphènes gauches post-traumatiques H 93.1

Syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à gauche G62.9

Trouble de la réfraction, corrigé par le port de lunettes H72.7

Accentuation de certains traits de la personnalité (traits anankastiques de la personnalité) Z73.1 »

S'agissant en particulier de l'accentuation de certains traits de la personnalité, soit des traits anankastiques de la personnalité (Z73.1), l'expert psychiatre du BP. _____ a mis en évidence une certaine fragilité de la personnalité. Il a observé que celle-ci se manifestait, depuis

l'adolescence en tout cas, par une vulnérabilité de l'estime de soi qui avait conduit l'assurée à vouloir compenser et même surcompenser un sentiment d'insuffisance personnelle par un acharnement à réussir sur le plan professionnel (perfectionnisme) et surtout dans le domaine sportif. Il a relevé que l'intéressée a investi et même surinvesti de tout temps l'activité et la compétition sportives au point de négliger d'autres aspects de la vie personnelle. Le Dr BO._____ a qualifié de traits de personnalité anankastique le perfectionnisme, le souci des détails, l'exigence extrême vis-à-vis de soi-même de l'assurée, précisant qu'à côté de leurs effets bénéfiques (accomplissements exemplaires), ils recouvraient des inconvénients notables tels que des attentes tyranniques vis-à-vis de soi-même (et parfois des autres), un risque d'épuisement et des réactions émotionnelles violentes (tristesse, colère, rage même) dans les situations où ces attentes sont déçues, entraînant un manque de souplesse adaptative, soit une difficulté à s'adapter à l'imprévu et donc parfois des réactions excessives à des facteurs de stress inattendus (pp. 79-81). L'expert psychiatre judiciaire n'a pas retenu le diagnostic de trouble de la personnalité anankastique au sens clinique, dans la mesure où, avant l'accident, soit jusqu'à la quarantaine bien entamée, il n'y avait pas d'évidence que l'intéressée ait souffert de problèmes émotionnels et/ou relationnels à répétition en relation avec sa personnalité.

Les experts du BP._____ ont procédé à une appréciation consensuelle finale du cas, relevant que, sur le plan somatique, l'assurée présentait une diminution de sa capacité de travail de l'ordre de 20 % dans son travail de secrétaire médicale en raison d'un trouble douloureux et d'un acouphène gauche, considérant que cette diminution leur paraissait en relation de causalité avec les suites de l'accident, au degré de la vraisemblance prépondérante. Ils ont déterminé que la capacité de travail médico-théorique était de 100 % dans une activité plus adaptée, semi-sédentaire, sans port de charges de plus de plus de 5 kg de manière répétitive, et de 10 kg de manière occasionnelle, ceci dans un environnement peu exposé aux bruits. Pour les experts judiciaires, les ressources personnelles de l'intéressée, notamment par sa pratique sportive, ont permis une meilleure récupération des suites de son

accident. De leur avis, même si elle a gardé une pratique sportive régulière, avec des performances sans doute supérieures à la moyenne, pour son âge, il convenait d'admettre qu'elle n'avait plus les capacités d'une sportive de haut niveau pour les compétitions internationales comme avant son accident. Ils ont observé qu'il existait, aussi dans le sport, une baisse des performances par rapport à l'état antérieur. Ils ont enfin pronostiqué qu'une fois l'affection psychiatrique avec fragilisation émotionnelle intégrée au tableau, celle-ci ne devrait pas interférer sur la capacité de travail au long cours de manière supplémentaire, ne constituant ainsi pas une contre-indication à des mesures de réadaptation (p. 82).

S'agissant de la stabilisation du cas sur le plan somatique, il résulte du rapport d'expertise judiciaire qu'avant la cure de pseudarthrose opérée par le Prof. BC._____, l'état de santé de l'intéressée n'était pas stabilisé. De l'avis des experts judiciaires, il existait une asymétrie de la fonction scapulo-thoracique, décrite par le chirurgien précité, qui perdurait, très discrète au moment de l'examen clinique au BP._____, qui apparaît avoir été améliorée des suites du traitement de la fausse mobilité de l'extrémité distale de la clavicule. Les experts judiciaires ont considéré que l'état de santé était stabilisé trois mois après l'intervention, soit en janvier 2014, l'assurée reprenant alors une activité professionnelle à 50 % et ses activités sportives, avec une mobilité de l'épaule récupérée. Sur le plan psychiatrique, le BP._____ a estimé que l'état psychique de l'intéressée était stabilisé depuis janvier 2014 selon le rapport du Dr BA._____ du 10 juin 2014 (pp. 84 et 87-88).

Les experts judiciaires ont évalué la causalité des troubles somatiques et psychiques affectant l'assurée. Ils ont admis que l'état de santé de l'intéressée au plan de l'appareil locomoteur était, au moment de l'expertise judiciaire, encore en relation de causalité avec l'accident pour ce qui est des douleurs post-fracturaires. Ils n'ont pas considéré la pseudarthrose de la clavicule, déjà identifiée par le Dr O._____ dès mars 2010 selon son rapport du 16 mars 2010 et le CT-scan scapulo-huméral du 10 mars 2010, et son traitement chirurgical comme une « complication tardive », mais comme une non-guérison initiale, un socle

lésionnel qui a contribué à l'état douloureux de l'hémi-ceinture scapulaire droite, avec une symptomatologie relativement constante depuis l'accident. Les experts judiciaires ont observé que lors de la seconde expertise orthopédique rendue le 8 février, le Dr R._____ admettait que le syndrome résiduel douloureux était entièrement séquellaire à l'accident et notait que si une légère asymétrie en défaveur de la droite était identifiée à l'examen clinique (cf. également lettre de sortie du Centre hospitalier J._____ du Prof. BC._____ du 25 octobre 2013), l'ensemble de l'examen rhumatologique était pour le reste comparable à l'examen du Dr R._____. Pour les experts judiciaires, les fractures vertébrales multi-étagées survenues à haute énergie ont guéri avec un discret décalage au niveau du gril costal postérieur droit supérieur, radiologiquement, avec une légère dysfonction du cintre gléno-huméral droit. Ils ont relevé dans l'analyse du dossier une fausse mobilité localisée en regard de la pseudarthrose, ce qui n'était plus le cas après l'intervention chirurgicale. Sur le plan rhumatologique, le BP._____ a conclu que l'état de santé au jour de l'expertise restait dû à l'accident, comme à la fin 2012, comme en début d'année 2013 lors de la seconde expertise du Dr R._____, et comme après la cure de pseudarthrose. Ils ont conclu que les multiples fractures pluri-étagées jouaient un rôle encore déterminant dans les symptômes actuels. Si aucune atteinte neurologique ne restait en relation avec l'accident au moment de l'expertise judiciaire, l'experte ORL judiciaire a relevé que, de manière certaine, les acouphènes étaient clairement apparus après le traumatisme assuré, l'intéressée n'ayant jamais présenté de problème ORL avant l'accident de 2009. Il s'agissait des mêmes fréquences que celles qui avaient été identifiées par le Dr Q._____ en 2010. Sur les plans de l'appareil locomoteur et ORL, les experts judiciaires n'ont pas trouvé d'explication d'ordre somatique au hiatus entre les limitations alléguées par l'expertisée dans le domaine de son activité de secrétaire médicale, plutôt sédentaire et statique, et les performances qu'elle restait capable de réaliser dans le cadre d'activités sportives. Ils ont indiqué que les lésions osseuses multiples, étagées et vertébrales sont objectivées par les radiographies et les scanners. Comme le rappellent les Prof. BB._____ et BD._____, la violence de l'accident a aussi provoqué des lésions des structures tendino-ligamentaires

avoisinentes objectivées par une IRM (22 mai 2013, Dr BK._____). De plus, certaines fractures de côte ont guéri avec un petit décalage, ce qui a été observé par les experts sur des images tridimensionnelles. A cet égard et comme mentionné par le Prof. T._____, il n'est pas rare dans la pratique clinique de voir des patients présenter des douleurs post-fracturaires dans les traumatismes multiples survenus à haute énergie, même lorsque les fractures ont consolidé. S'agissant des facteurs externes, ils ont relevé que la discrète cervicarthrose antérieure à l'accident, l'état antérieur du genou droit et la fracture du sacrum survenue en début 2011 n'ont pas interféré ni donné lieu à des symptômes incapacitants (pp. 83-85 et 92-93).

Sur le plan psychique, l'expert psychiatre judiciaire a indiqué qu'il n'y avait pas d'atteinte incapacitante en relation avec l'accident, mais une aggravation durable de la fragilité de la personnalité ayant valeur d'atteinte à l'intégrité. S'agissant d'éventuels facteurs externes à l'accident, il a estimé que la personnalité de l'assurée jouait certainement un rôle, formulant l'hypothèse que l'intéressée, du fait de sa personnalité, avait la capacité de surinvestir les activités sportives au point de méconnaître ses limites, et que cette capacité était moins mise en valeur dans les tâches du quotidien, y compris professionnelles (pp. 83-85 et 92-93).

Appelés à se déterminer sur la capacité de travail, les experts judiciaires ont estimé, sur les plans de l'appareil locomoteur et ORL, que l'association des douleurs et des acouphènes limitait la capacité de travail de l'ordre de 20 % dans l'activité de secrétaire médicale. Dans un milieu calme, sans bruit intervenant, répétitif, les acouphènes seuls ne seraient, de leur avis, pas incapacitants. Selon eux, dans un milieu calme, avec des positions alternées, la capacité de travail exigible paraissait complète. S'agissant des restrictions et des capacités physiques et intellectuelles exigibles dans l'ancienne activité de secrétaire médicale, les experts du BP._____ ont indiqué qu'il convenait de permettre des pauses et des changements de position un peu plus fréquemment que ne le suggèrent les postes habituels, en évitant une ambiance bruyante, de sorte qu'il

convenait d'admettre un rendement moindre de ce fait, de l'ordre de 20 %. Dans une autre activité exigible, il s'agissait selon les experts judiciaires d'un travail léger, avec positions alternées, semi-sédentaire, avec des charges répétitives n'excédant pas 5 kg, en évitant des ambiances bruyantes. L'expert psychiatre judiciaire n'a pour sa part pas identifié de limitation ou de restriction particulière (pp. 86 et 94-95, cf. aussi pp. 83-85).

Concernant la baisse de rendement en particulier, les experts du BP. _____ ont relevé que, dans le travail relativement statique de secrétaire médicale et dans le contexte d'autres perturbations avec des acouphènes, l'exigibilité n'était pas complète, les limitations somatiques sur les plans de l'appareil locomoteur et ORL s'expliquant par ses traits de personnalité. De l'avis des experts judiciaires, il convenait d'admettre une baisse de rendement de 20 % dans son travail de secrétaire médicale, tout en la rendant attentive au fait de tenir compte des limitations aussi dans le sport. Ils ont encore relevé que leur conclusion se rapprochait sur ce point de celle du Dr Z. _____ (rapport, pp. 87 et 94-95, cf. aussi p. 84).

Sur question de l'assurée, les experts judiciaires ont décrit les périodes d'incapacité de travail à prendre en considération depuis la date de l'accident. Sur le plan somatique, ils ont retenu une incapacité de travail totale des suites de l'accident du 3 septembre 2009 jusqu'à la sortie de la Clinique de réadaptation S. _____ à la fin octobre 2010, la capacité de travail étant alors évaluée à 50 %, à « essayer ». Les experts ont exposé que la reprise thérapeutique ne s'était faite qu'à 30 % dès fin juin 2011, puis entre 20 et 50 % en septembre 2011 avec de fortes lancements dans le bras gauche et des cervicalgies intenses. En parallèle, elle retrouvait alors des performances sportives. Les experts du BP. _____ ont estimé qu'à partir de juin 2011, compte des performances sportives, la capacité de travail suggérée par la Clinique de réadaptation S. _____ des suites de l'accident aurait pu être mise en pratique, à 50 %. De leur avis, l'assurée a retrouvé une capacité de travail à 50 % trois mois après la cure de pseudarthrose de la clavicule droite, soit à partir de janvier 2014, en tenant compte d'un arrêt total de trois mois dès la date de l'opération.

Selon les experts judiciaires, un mois plus tard, la situation était stabilisée et permettait selon les éléments médicaux une capacité de travail de 80 % l'activité de secrétaire médicale, tandis que dans une activité semi-sédentaire, sans exposition aux bruits, sans porte de charge, ils admettaient théoriquement une pleine capacité de travail à partir de février 2014. Sur le plan psychique, le rapport a relevé que depuis janvier 2014, il n'y avait pas eu d'incapacité de travail documentée. Entre l'accident et décembre 2013, les incapacités de travail prescrites l'ont été sur la base de l'état somatique principalement, sans distinction de la composante psychiatrique. L'expert psychiatre judiciaire a considéré que celle-ci a dû être présente partiellement, mais que durant toute l'année 2013 des facteurs étrangers à l'accident avaient aussi généré des troubles psychiques, sans pouvoir toutefois, de manière rétroactive, faire la part des choses de manière fiable entre les facteurs somatiques et les facteurs psychiques d'une part, et entre les facteurs psychiques consécutifs à l'accident et les facteurs psychiques étrangers à l'accident d'autre part (p. 93).

Dans ses déterminations du 30 mai 2016, A._____ a implicitement accepté le rapport d'expertise du BP._____ du 4 avril 2016, considérant toutefois que les experts avaient largement sous-estimé ses douleurs, sa capacité à rester statique devant un écran et les syndromes somatiques de la dépression, à savoir des insomnies et un endormissement très difficile, associés à des réveils précoces.

Par déterminations du 31 mai 2016, IA._____ SA a partiellement contesté les conclusions de l'expertise judiciaire, soit en particulier le taux d'incapacité de travail retenu dans l'activité de secrétaire médicale et les conclusions du volet psychiatrique. Elle a notamment produit en annexe à ses déterminations une appréciation médicale du Dr Y._____ du 25 avril 2016. Elle a également présenté une seconde appréciation médicale du même spécialiste du 26 mai 2016, intégrant l'aspect psychique, admettant la fixation du *statu quo sine* à janvier 2014 et estimant que le métier de secrétaire médicale permettait d'alterner les positions et constituait une activité adaptée.

Par déterminations du 12 juillet 2016, l'assurée a indiqué qu'il convenait de s'en tenir à l'expertise judiciaire dans la mesure où les avis du Dr Y._____ n'exprimaient selon elle qu'une opinion critique superficielle relative aux conclusions des experts, sans avoir pris connaissance des rapports médicaux extrêmement nombreux soumis aux experts, ni consulté les documents radiologiques versés au dossier ou procédé à un examen clinique.

Lors de l'audience d'instruction du 7 mars 2017, IA._____ SA a contesté la diminution de la capacité de travail de 20 % sur le plan somatique pour les douleurs et les acouphènes, ainsi que toute causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les atteintes psychiques. Pour sa part, l'assurée a estimé que la causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les atteintes psychiques était donnée. Elle a indiqué avoir entrepris une formation d'assistante médicale tendant à recouvrer une pleine capacité de travail dans une activité qui soit réellement adaptée selon elle à son état de santé.

Par avis du 8 juin 2017, le juge instructeur a invité le BP._____ à se prononcer sur les avis divergents du Dr Y._____, respectivement à répondre aux interrogations des parties quant aux conclusions dudit rapport.

Dans un rapport complémentaire du 16 juin 2017, les experts du BP._____ ont confirmé leurs appréciations du 4 avril 2016. Les experts ont mis en exergue la complexité du cas, l'importance de l'approche pluridisciplinaire, de l'éclairage de l'expert psychiatre et de l'examen clinique.

Par déterminations du 27 juin 2017, IA._____ SA a notamment maintenu qu'une capacité de travail réduite de 20 % ne se justifiait pas, ne reconnaissant pas de valeur probante au rapport d'expertise du 4 avril 2016 sur l'incapacité de travail.

Le 16 août 2017, l'assurée s'est déterminée, relevant que les conclusions de l'expertise médicale judiciaire ne contenaient aucune contradiction et résultaient d'un travail consensuel. Pour elle, les avis du Dr Y. _____ constituaient d'autres avis, qualifiés de « sommaire », « très laconique et sans aucun fondement. » L'assurée a précisé ses conclusions en ce sens qu'IA. _____ SA devait être condamnée à lui verser une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 20 %.

Par arrêt du 29 novembre 2018, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Canton de Vaud a partiellement admis le recours d'A. _____ dans la procédure en matière d'assurance-accidents, réformant la décision sur opposition rendue le 17 juin 2014 par IA. _____ SA en ce sens que l'état de santé de l'assurée était réputé stabilisé au 1^{er} février 2014, qu'elle avait droit dès cette date à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'un degré de 20 % et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %. Pour le surplus, la Cour de céans a renvoyé le dossier à IA. _____ SA pour qu'elle procède au calcul de la rente et des intérêts dus sur les arriérés, ainsi que du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

L'arrêt du 29 novembre 2018 est entré en force.

Par courrier du 20 février 2019, le juge instructeur a ordonné la reprise de la cause en matière d'assurance-invalidité. Le dossier d'assurance-accidents a en outre été produit dans le cadre de la cause en matière d'assurance-invalidité.

L'OAI s'est déterminé sur les conclusions du Centre d'expertise BP. _____ le 25 avril 2019. Il a proposé d'admettre une capacité de travail nulle depuis la date de l'accident jusqu'à la fin du mois de mai 2011, puis une capacité de travail de 50 % dès le mois de juin 2011, ensuite une incapacité de travail totale à partir du 25 octobre 2013 pour une durée de 3 mois, et enfin dès le 25 janvier 2014 une capacité de 50 % et dès février 2014 de 100 %, avec diminution de rendement de 20%, dans une activité de secrétaire médicale.

Par déterminations du 16 mai 2019, la recourante a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à son renvoi pour nouvelle décision, prenant acte de l'acquiescement partiel de l'OAI. Elle a néanmoins contesté une reprise d'activité et une capacité de travail du mois de juin au mois de septembre 2011, du fait que cette tentative de reprise avait été entreprise dans un but thérapeutique et avait échoué. Elle a conclu qu'il convenait de s'en tenir à une incapacité de travail entière jusqu'à la stabilisation de l'état de santé telle que retenue par le Centre d'expertise BP. _____ au mois de janvier 2014.

Le 6 juin 2019, l'OAI a indiqué que seule demeurait litigieuse la capacité de travail à retenir entre les mois de juin 2011 et d'octobre 2013. Pour l'OAI et suivant le rapport du Centre d'expertise BP. _____ à partir de juin 2011, compte tenu des performances sportives, la capacité de travail résiduelle aurait pu être mise en pratique à 50 %. De plus, trois mois après la cure de pseudarthrose de la clavicule droite, la recourant avait récupéré sa capacité de travail de 50 %, soit à partir du mois de janvier 2014 en tenant compte d'un arrêt total de la date opératoire, pour trois mois. La situation s'était ensuite stabilisée un mois plus tard et permettait selon les éléments médicaux une capacité de travail de 80 % dans l'activité de secrétaire médicale. De plus, dans une activité adaptée semi-sédentaire, sans exposition aux bruits, sans port de charge, l'OAI a considéré une pleine capacité de travail dès le mois de février 2014.

Le 3 juillet 2019, A. _____ a confirmé ses conclusions.

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. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle entre les mois de juin 2011 et le 25 octobre 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 (1^{ère} phrase). 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 (2^e phrase).

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité (principe d'uniformité de la notion d'invalidité ; cf. Margit Moser-Szeless in Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 6 et 8 ad art. 8 LPGA). Des divergences ne sont

toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1 ; 126 V 288 consid. 2a et 2d). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

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) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore

supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

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 les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) 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).

5. a) En l'espèce, l'intimé propose d'admettre - sur la base de l'expertise judiciaire - une pleine incapacité de travail du 3 septembre 2009, date de l'accident, jusqu'à la fin du mois de mai 2011, date de la reprise thérapeutique du travail, puis une capacité de travail de 50 % dès le mois de juin 2011. Il convient ensuite d'une incapacité de travail entière dès le 25 octobre 2013, date de la dernière opération, pour une durée de trois mois, et enfin dès le 25 janvier 2014, soit trois mois après cette opération, d'une capacité de travail de 50 %. Enfin, il retient que la recourante a retrouvé une capacité de travail entière dès le mois de février 2014.

Pour la recourante, l'incapacité de travail est restée entière jusqu'au début de l'année 2014, soit au moment de la stabilisation du cas, tel que retenu par le Centre d'expertise BP._____.

La recourante peut être suivie. Il est établi qu'elle a repris son activité de secrétaire médicale auprès de la Clinique Y._____ à 30 % au titre de reprise thérapeutique le 30 juin 2011. Cette activité, un temps poussée à 50 %, a été arrêtée d'un commun accord entre la recourante et son assureur-accidents après trois mois en raison de fortes cervicalgies nécessitant un traitement antalgique.

Certes, le Dr Z._____ a retenu, dans un rapport du 14 juillet 2011 à l'attention d'IA._____ SA, que la capacité de travail était de 50 % dans toute activité. Toutefois, seulement quelques mois après ce premier rapport, le Dr AA._____, également médecin-conseil d'IA._____ SA, a retenu dans un rapport du 14 décembre 2011 une capacité de travail de

20 % dans l'activité habituelle de secrétaire médicale, compte tenu des limitations fonctionnelles, et une capacité de travail médico-théorique de 75 % dans une activité adaptée. Il convient toutefois de relever qu'un geste opératoire sur la pseudarthrose de la clavicule distale droite n'a pas été envisagé par les Dr Z._____ et AA._____, ainsi que par l'expert R._____. Dans ce contexte, ces avis sont à relativiser dans la mesure où une partie de la problématique, au demeurant très complexe, n'a pas été traitée par ces spécialistes.

Il résulte du rapport d'expertise judiciaire qu'avant la cure de pseudarthrose opérée par le Prof. AD._____, l'état de santé de l'intéressée n'était pas stabilisé, que l'atteinte à la santé était toujours présente et que la possibilité de procéder à un geste chirurgical était méconnue de l'ensemble des intervenants. Dans son rapport du 3 juin 2013, le Prof. AD._____ est d'ailleurs resté prudent sur les chances de succès d'une telle opération. De l'avis des experts judiciaires, il existait une asymétrie de la fonction scapulo-thoracique, soit une atteinte à la santé et à la capacité de travail, qui perdurait, très discrète au moment de l'examen clinique au Centre d'expertise BP._____, mais qui fut significativement améliorée suite au traitement chirurgical. Les experts judiciaires ont considéré que l'état de santé était stabilisé trois mois après l'intervention chirurgicale, soit en janvier 2014, la recourante reprenant alors une activité professionnelle à 50 % avec une mobilité de l'épaule récupérée.

En l'état du dossier, il était et il ne demeure, à l'évidence, guère aisé de se prononcer sur une capacité de travail effective en remontant si loin dans le temps, alors que les avis médicaux de l'époque relevaient en réalité d'une appréciation médico-théorique. Dès lors que la recourante s'est retrouvée entravée par des limitations fonctionnelles objectivées dans l'activité effectivement reprise de secrétaire médicale, ceci au point d'être interrompue après une courte période, avec le consentement de l'assureur accident qui suivait alors son assurée de près quant à la capacité de travail qu'il entendait exiger d'elle, on retiendra qu'un retour à une capacité de travail effective de 50 % n'est non

seulement pas établi, mais n'est pas rendu plausible ou vraisemblable. Cela ne fut réellement le cas, comme exposé par les experts du Centre d'expertise BP._____, qu'après l'intervention chirurgicale en janvier 2014.

Dans ces circonstances, l'expertise du Centre d'expertise BP._____ doit être suivie. Dans leur appréciation consensuelle finale, les experts ont admis que, sur le plan somatique, la recourante présentait - du fait de l'accident et au degré de la vraisemblance prépondérante - une diminution de sa capacité de travail de l'ordre de 20 % dans l'activité habituelle de secrétaire médicale en raison d'un trouble douloureux et d'un acouphène gauche. Dans une activité adaptée (semi-sédentaire, sans port de charges de plus de 5 kg de manière répétitive, et de 10 kg de manière occasionnelle, environnement peu exposé aux bruits) ils ont estimé que la capacité de travail médico-théorique était de 100 %. Les experts n'ont pas considéré la pseudarthrose de la clavicule comme une « complication tardive », mais comme une non-guérison initiale, un socle lésionnel qui a contribué à l'état douloureux de l'hémi-ceinture scapulaire droite, avec une symptomatologie relativement constante depuis l'accident. Une amélioration significative de l'état de santé entre le 1^{er} juin 2011 et le 25 octobre 2013 n'est ainsi pas soutenable. Il convient plutôt de retenir qu'il n'était guère raisonnable d'exiger une reprise de l'activité au moment de la tentative de reprise thérapeutique, ce qu'IA._____ SA a d'ailleurs admis. On ne saurait par ailleurs pas reprocher à la recourante d'avoir tardé à se soumettre à un traitement chirurgical, dont les chances de succès n'étaient pas évidentes, dans la mesure où ni les médecins du SMR ni les médecins-conseils spécialistes de l'assureur-accidents n'avaient envisagé cette possibilité.

Partant, il y a lieu de considérer que l'incapacité de travail ayant débuté le 3 septembre 2009 (jour de l'accident) a perduré jusqu'au 25 janvier 2014, date à laquelle la recourante a recouvré une capacité de travail de 50 %, puis une entière capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de février 2014.

b) La décision du 26 mars 2015 doit ainsi être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision, fondée sur les périodes d'incapacité de travail telles que retenues ci-dessus.

7. a) En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.

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. 1^{bis} 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.

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 3'000 fr. compte tenu de la complexité de la cause, ceux-ci étant mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 26 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision au sens des considérants.

- 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 A. _____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Pierre Seidler (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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 :