

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 octobre 2017

---

Composition : M. NEU, président  
Mme Berberat et M. Piguet, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6ss et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 28a al. 3 LAI ; 88a al. 1 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** X. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est divorcée et mère de quatre enfants dont le cadet est né en 1994. Titulaire d'un certificat de capacité d'infirmière-assistante obtenu en 1981, elle œuvrait depuis le 1<sup>er</sup> mars 2011 à 80% en cette qualité pour le compte de l'Etablissement médico-social (EMS) « [...] » à [...]. Le 29 août 2013, elle a été annoncée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre d'une démarche de détection précoce. Le formulaire idoine, complété par l'assureur perte de gain maladie, J. \_\_\_\_\_, mentionnait des problèmes « psy ».

A la suite de cette intervention, l'OAI a confié le dossier à sa division réadaptation. Une entrevue a ainsi eu lieu le 18 septembre 2013 entre un collaborateur de ce service et l'assurée à son domicile. A teneur d'un procès-verbal du 19 septembre 2013 intitulé « DP - Rapport initial », l'intéressée a notamment déclaré être en arrêt de travail à 100%, depuis le 6 mai 2013, en raison d'un burnout avec épisode de dépression. A cela s'ajoutaient des limitations fonctionnelles causées par une perte d'ouïe à l'oreille droite (suite à une infection en 2006) avec acouphènes entraînant des vertiges, des pertes d'équilibre et une grande sensibilité au bruit. Concernant son emploi au sein de l'EMS « [...] », l'assurée a indiqué qu'elle l'exerçait à 80% dès le 1<sup>er</sup> mars 2011, ceci par choix. Il ressort ce qui suit de la rubrique « Observations » du procès-verbal de l'OAI :

“Nous avons rencontré une assurée encore bien fragile et qui nous a semblé à plusieurs reprises au bord des larmes. Elle nous a dit avoir donné sa démission l'année dernière suite à un premier épisode d'épuisement (novembre 2012), à la demande de son employeur, elle a accepté de reprendre le travail jusqu'à ce nouvel arrêt. Notre assurée nous a dit ne plus être en mesure de reprendre son activité dans un EMS.

Aujourd'hui, elle dit vouloir trouver autre chose, un job moins stressant et moins bruyant. Elle a déposé son dossier auprès du CMS de [...] sans réponse pour le moment.

Notre assurée est également inquiète en ce qui concerne ses troubles liés à la perte d'ouïe.”

Au terme de cet entretien, l'assurée a fait part au spécialiste en réinsertion professionnelle de son objectif de suivre une formation pour devenir indépendante dans les domaines du massage et de la réflexologie.

Par lettre du 24 septembre 2013, l'employeur a résilié le contrat de travail le liant à l'assurée avec effet au 31 décembre 2013.

Le 27 septembre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous la forme de mesures professionnelles et/ou d'une rente. Elle indiquait souffrir de neuronite vestibulaire (avec acouphène, vertige, douleurs, surdité droite et migraines) et de burnout (avec dépression).

Le 18 octobre 2013, l'assureur perte de gain, qui servait ses indemnités journalières à 100% dès le 20 mai 2013, a produit le dossier médical de l'assurée qu'il avait constitué.

Sur le formulaire de détermination du statut du 24 octobre 2013, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 80% depuis 2011 comme infirmière-assistante, par intérêt personnel et pour bénéficier de repos.

Le 25 octobre 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) et en chirurgie cervico-faciale, a indiqué qu'il avait reçu l'assurée à sa consultation les 10 et 16 novembre et le 6 décembre 2006 et fait part à l'OAI d'une audiométrie qui montrait un seuil auditif à gauche entre 25 et 40 dB sur toutes les fréquences testées, seuil qui se situait entre 80 et 100 dB à droite. L'examen clinique avait confirmé un déficit vestibulaire à droite. Aucun arrêt de travail n'avait été proposé mais l'indication de la pose d'un « bone anchored hearing aid » (BAHA) avait été discutée avec l'assurée.

Dans son rapport à l'OAI du 31 octobre 2013, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en ORL, a diagnostiqué un déficit cochléo-vestibulaire droit. Ce

médecin proposait, à titre de traitement, un appareillage acoustique de type « CROS » ou « BAHA ».

Du questionnaire de l'employeur complété le 6 novembre 2013, il ressort que pour son activité d'infirmière-assistante exercée à raison de trente-quatre heures par semaine (80%) auprès de l'EMS « [...] », le salaire mensuel brut de l'assurée était de 4'890 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Le même jour, l'OAI a informé l'assurée de l'octroi de mesures d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle (bilan de compétences) auprès de [...] à [...], du 12 novembre 2013 au 17 janvier 2014.

Dans un rapport du 18 novembre 2013 à l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, suivant l'assurée depuis le 27 mai 2013, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail un épisode dépressif moyen (F32.1), dans le contexte d'un état de burnout, et a retenu sans effet sur la capacité de travail les diagnostics de comorbidité sur le plan somatique avec une surdité de l'oreille droite (suite à une neuronite vestibulaire en 2006, avec des vertiges) et d'hypertension artérielle. Pour le Dr K.\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle d'infirmière-assistante avec cependant un pronostic favorable moyennant un traitement intégré, médicamenteux (Cipralex® 10mg/j., Somnium® 1x/j. et Tranxilium® en réserve) et psychothérapeutique, à raison d'une séance hebdomadaire. Une activité adaptée restait envisageable moyennant une reprise très progressive, avec un début à 50% dès janvier 2014. Les limitations fonctionnelles consistaient en des difficultés relationnelles et dans la gestion des émotions ainsi qu'une hypersensibilité au stress, avec une capacité de concentration et d'attention limitée. Le psychiatre traitant encourageait les démarches entreprises en vue d'une réorientation professionnelle de sa patiente.

Le 20 novembre 2013, la Dresse L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant depuis 2011, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de déficit de l'ouïe à droite (100%) avec acouphène et de dépression / burnout. Renvoyant l'OAI auprès des Drs G.\_\_\_\_\_, et K.\_\_\_\_\_, le médecin traitant a constaté une totale incapacité de travail de l'assurée dans la profession d'infirmière, dès juillet 2013, en raison du bruit et du stress. A titre d'activité adaptée, ce médecin mentionnait un emploi s'exerçant avec « peu de monde » ou seule, dans le calme (massage ou aromathérapie).

Selon une note de suivi du 17 janvier 2014 relative à un entretien du même jour entre la gestionnaire en charge du dossier à l'OAI, l'assurée et le responsable chez [...], l'intéressée s'est dite très satisfaite de la mesure entreprise le 12 novembre 2013. Elle avait pour projet de se former en qualité de massothérapeute, formation qu'elle souhaitait compléter par celle d'accompagnante de personnes en fin de vie. De l'avis de l'observateur de [...], cette piste était réaliste. L'assurée a par ailleurs déclaré, en lien avec l'évolution de ses maux, avoir perdu complètement l'ouïe à droite avec des acouphènes très présents entraînant des vertiges, des troubles de la concentration en milieu bruyant et une fatigabilité.

Dans un avis SMR (Service Médical Régional de l'assurance-invalidité) du 28 janvier 2014, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a estimé que le trouble de l'humeur incapacitant dont l'évolution était favorable laissait augurer du succès des mesures d'ordre professionnel envisagées et d'un retour à une pleine capacité de travail, de sorte qu'il était raisonnablement exigible d'attendre une reprise du travail à 50% en janvier 2014. Pour ce médecin, l'activité d'accompagnement de fin de vie ne respectait toutefois pas les limitations fonctionnelles de l'intéressée.

Aux termes d'une note d'entretien rédigée le 13 février 2014, l'assurée a été informée du refus de prise en charge par l'OAI des formations précédemment envisagées. Il était convenu de recueillir des

rapports auprès des Drs G.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, puis de les soumettre au SMR pour un nouvel avis sur dossier.

Dans un rapport complété le 12 février 2014 à l'intention de l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a indiqué que du point de vue psychique, l'assurée avait montré une très bonne évolution notamment en raison de son investissement dans le projet professionnel construit chez [...]. Il estimait que la patiente n'était plus apte à œuvrer dans le domaine des soins infirmiers compte tenu d'un épisode dépressif sévère qu'elle y avait développé.

Interpellé, le psychiatre traitant a répondu comme suit, le 24 mars 2014, aux questions adressées dans l'intervalle par l'OAI :

“[1] Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ?]  
Dans l'activité comme aide-infirmière, la capacité de travail est de 0%. Madame X.\_\_\_\_\_ ne peut plus travailler comme aide-infirmière.

[Depuis quand ?]  
Depuis le 27 mai 2013. Pour l'incapacité antérieure au 27 mai 2013, se référer au rapport du médecin généraliste de Madame X.\_\_\_\_\_.

[2] Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?]  
Dans une activité adaptée, Madame X.\_\_\_\_\_ pourra travailler à plein temps, une fois son état psychique stabilisé.

[3] Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ?]  
Surdité unilatérale, troubles de la concentration et de l'attention, vulnérabilité au stress et au travail en équipe.

Dans une activité adaptée, à savoir un travail de massage classique, Madame X.\_\_\_\_\_ pourra travailler sans restriction.

La patiente a entrepris un travail considérable pour se réinsérer professionnellement avec l'aide de Monsieur [...], conseiller mandaté par l'AI.

Elle a trouvé un lieu de formation à [...] pour une formation de massage classique, formation qui dure une année. Au bout de presque une année de préparation à la réinsertion, Madame X.\_\_\_\_\_ apprend que l'Assurance-invalidité n'entre pas en matière pour ce type de formation. La patiente est très motivée pour cette formation et va certainement la réussir.”

Le 14 août 2014, l'OAI a informé l'assurée de l'octroi de mesures d'intervention précoce sous la forme de la prise en charge des frais pour un cours de massage classique auprès de l'Ecole professionnelle de la santé et du bien-être, Centre [...], à [...], du 3 mars au 27 mai 2014.

Dans un rapport complété le 12 novembre 2014 à l'intention de l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a fait part d'une évolution lentement favorable de l'état psychique de l'assurée qui restait encore très fragile, en raison d'une fatigabilité importante et d'une résistance au stress diminuée. Il mentionnait une reprise du travail en août 2014 à 50% comme infirmière à domicile, fonction qui convenait le mieux et permettait à l'assurée de valoriser ses compétences. Son projet de massothérapeute semblait toujours devoir être soutenu dès lors qu'il autoriserait un aménagement de son temps de travail et de son environnement.

Le 4 décembre 2014, l'assurée a confirmé la reprise d'une activité d'infirmière-assistante à 50%, dès le 4 août 2014, pour le compte de [...] SA à [...]. Son salaire mensuel brut était de 3'050 francs.

Au terme d'une fiche d'examen établie le 3 février 2015, la gestionnaire en charge du dossier a relevé la nécessité de mettre en œuvre une enquête au domicile de l'assurée afin d'évaluer les empêchements éventuels rencontrés par celle-ci dans sa part ménagère.

Dans un nouveau rapport du 1<sup>er</sup> juin 2015, le Dr K.\_\_\_\_\_ a fait part à l'OAI d'un état psychique évoluant toujours lentement, justifiant une capacité de travail de 50% maximum.

Une enquête économique sur le ménage a été mise en œuvre au domicile de l'assurée le 18 août 2015. Dans son rapport établi le lendemain, s'agissant du statut, l'enquêtrice a relevé ce qui suit :

“Sans handicap, une activité lucrative serait-elle exercée à ce jour ?  
oui

Sur le formulaire 531bis complété le 24.10.2013, l'assuré(e) indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 80%, depuis 2011.

Le jour de l'entretien, l'assurée confirme que sans atteinte à la santé elle effectuerait une activité à 80%.

Motivation du statut:

Assurée de 52 ans, par 2 fois divorcée ([...]), mère de 4 enfants dont le cadet vit avec elle.

Fils âgé de 21 ans, il a fini son apprentissage et va commencer l'armée en octobre 2015, sans emploi.

Le statut de l'assurée est de 80% active et 20% ménagère.”

L'enquêtrice a pour le surplus estimé que l'assurée ne rencontrait aucun empêchement dû à l'invalidité dans la part ménagère de 20%. Sous la rubrique « Observation/Conclusions » de son rapport, elle a notamment relevé ce qui suit :

“L'enquête réalisée ce jour à domicile a permis de confirmer le statut et d'évaluer les empêchements ménagers.

Le statut de l'assurée est de 80% active et 20% ménagère, cf. point 3b et 5. Elle n'a aucun empêchement dans la tenue de son ménage et l'assume entièrement seule.

L'entretien s'est déroulé en présence de l'assurée, elle répond volontiers aux questions qu'engendre notre enquête. Elle est calme et claire dans ses propos, ne montre aucune émotivité, mais indique se sentir mieux actuellement. Elle précise qu'elle ne pourrait pas effectuer un taux d'activité supérieur à 50% car se sent rapidement fatiguée et fragile émotionnellement.

Elle a repris une activité lucrative à 50% dans des soins à domicile privés, mais elle indique commencer à se trouver « serrée » financièrement. Elle est en train de mettre sur pied une activité indépendante, mais n'a pas de clientèle pour le moment.

Elle souligne avoir déjà loué un local (700.-/mois) car il est très bien situé. Son but est de développer cette activité indépendante (massothérapie) et ainsi pouvoir diminuer son activité lucrative dans les soins à domicile. [...]”

Par lettre du 21 septembre 2015, l'assurée a informé l'OAI d'un arrêt de travail du 31 juillet au 14 septembre 2015, après avoir perdu l'équilibre et être tombée sur le dossier d'une chaise en se fêlant une côte. Elle confirmera le 17 novembre 2015 s'être retrouvée à l'arrêt après cet événement.

Le 8 octobre 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions adressées dans l'intervalle par l'OAI :

"[1) Quelle est l'évolution depuis votre dernier rapport médical ?

Préciser le diagnostic actuel selon les critères CIM-10:]

F32.1 : Episode dépressif moyen

Madame X. \_\_\_\_\_ montre une évolution lentement favorable de son état psychique mais cela reste encore très fragile, en raison d'une fatigabilité importante et d'une résistance au stress diminuée.

[2) Quelle est la prise en charge actuelle, la fréquence du suivi à votre consultation ainsi que la nature et la posologie du traitement médicamenteux ?]

Traitement psychothérapeutique à raison d'une fois toutes les trois semaines.

Médication :

Cipralax 10 mg/jour

Somnium ½ comprimé le soir.

[3) Quelles sont les limitations fonctionnelles actuelles, d'ordre psychiatrique, que présente l'assurée ?]

Madame X. \_\_\_\_\_ présente encore une fatigabilité psychique : thymie abaissée, trouble de la concentration et de l'attention, émotivité à fleur de peau et une résistance au stress diminuée. Cette dernière, ajoutée à une fatigabilité importante a d'ailleurs conduit Mme X. \_\_\_\_\_ à une rechute au mois d'août ; cela a provoqué une perte d'équilibre suite à laquelle Madame s'est fêlée une côte.

[4) Une pleine capacité de travail est-elle exigible dans son activité d'infirmière-assistante ? Si cette capacité de travail n'est pas entière, pour quelles raisons médicales objectives ? Et quel est le pronostic d'une récupération de sa capacité de travail ?]

Une pleine capacité de travail ne nous semble pas exigible pour l'instant, notamment à cause des symptômes décrits plus haut.

Le taux de 50% correspond bien à son statut psychique actuel. En fonction des nombreux déplacements qu'elle doit parcourir et de sa fragilité psychique, nous estimons préférable qu'elle continue à 50% pour le moment.

L'activité indépendante pour les massages n'a pas encore démarré, bien que Mme X. \_\_\_\_\_ ait mis des choses en place. Cette activité lui permet de mettre en avant ses compétences et d'évoluer à son rythme, vu qu'elle gère elle-même son agenda selon ses possibilités. Cela ne représente donc pas un élément de stress pour elle.

Mme X. \_\_\_\_\_ se montre prenante et participative à la psychothérapie. Son état a lentement et favorablement évolué. Actuellement, nous tentons de stabiliser cet état. Il est donc difficile de faire un pronostic quant à une récupération totale de sa capacité de travail."

Le 9 novembre 2015, le Dr R. \_\_\_\_\_, du SMR, a estimé que les éléments au dossier démontraient une capacité de l'assurée à

mobiliser des ressources psychiques et personnelles non négligeables (formation de massothérapeute, nouvel emploi décroché en août 2014, absence d'empêchements ménagers et mise en place d'une activité indépendante en plus de son emploi) de sorte que la capacité de travail exigible était vraisemblablement supérieure au taux de 50% retenu par le Dr K. \_\_\_\_\_ dans l'activité habituelle. En présence d'un statut de 80% active sans empêchements ménagers et avec une capacité de travail exigible d'au moins 50% dans l'activité usuelle, le médecin du SMR laissait soin au gestionnaire en charge du dossier de se prononcer sur la pertinence d'une expertise psychiatrique.

Dans la fiche d'examen du dossier du 1<sup>er</sup> décembre 2015, l'OAI a estimé qu'il n'était pas utile d'organiser une expertise psychiatrique, la capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle étant de 50% dès août 2014, voire même supérieure.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai au 31 octobre 2014, avec la motivation suivante :

“Résultat de nos constatations :

Le 27 septembre 2013, vous avez déposé une demande de prestations AI.

Infirmière[-]assistante à 80% auprès de l'EMS [...] [recte : [...]], vous avez été dans l'obligation de cesser votre activité professionnelle pour raisons de santé le 6 mai 2013 ; c'est donc à cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année prévu à l'article 28 al. 1 let. b et c LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] précité.

Selon vos déclarations, vous continueriez d'exercer une activité professionnelle à 80% sans problèmes de santé. Les 20% restants correspondant à vos travaux habituels.

Au terme du délai d'attente, vous présentez une incapacité de travail totale dans l'exercice d'une activité lucrative.

Par la suite et après analyse de votre situation basée sur les informations médicales à disposition, le Service Médical Régional AI (SMR) note une évolution favorable de l'état de santé et retient une capacité de travail exigible de 50% au moins dans l'activité habituelle, ceci dès le mois d'août 2014.

Il ressort de l'enquête effectuée à votre domicile que vous ne rencontrez aucun empêchement dans la tenue de votre ménage.

Dans la mesure où votre incapacité de travail est de 50% sur 100%, vous conservez une capacité résiduelle de travail de 50% (sur 100%). Votre taux d'invalidité sur la part active s'élève donc à :

$$\frac{80\% \text{ (taux d'activité en bonne santé)} - 50\% \text{ (capacité de travail résiduelle)} \times 100}{80\% \text{ (taux d'activité en bonne santé)}} = 37.5\%$$

Dès août 2014, le degré d'invalidité résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
ménagère	20%	0.0%	0%
active	80%	37.5%	<u>30%</u>
Degré d'invalidité			30%

Dès le 1<sup>er</sup> août 2014, votre taux d'invalidité global se monte donc à 30%. Ce taux, inférieur à 40%, n'ouvre plus le droit à une rente AI.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Dès le 1<sup>er</sup> mai 2014, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an, vous avez droit à une rente entière d'invalidité (100%). Ce droit est limité au 31 octobre 2014, soit trois mois après avoir récupéré une capacité de travail de 50% médicalement attestée par votre médecin[-]psychiatre."

Le 27 décembre 2015, l'assurée a formulé des observations sur ce projet de décision.

Par décision du 14 mars 2016, l'assurée s'est vu reconnaître le droit à une rente entière (degré d'invalidité de 100%) du 1<sup>er</sup> mai au 31 octobre 2014. Le 25 janvier 2016, l'OAI l'avait informée que sa lettre du 27 décembre 2015 ne modifiait pas son préavis du 1<sup>er</sup> décembre 2015.

**B.** Par acte du 28 avril 2016, X. \_\_\_\_\_, représentée par l'avocat Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru contre la décision précitée du 14 mars 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière pour la période courue du 1<sup>er</sup> mai au 31 octobre 2014, puis d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014 ainsi qu'à une rente pour enfant liée, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI. Dans

un premier moyen, elle a expliqué qu'elle travaillerait à plein temps si elle était en bonne santé, en alléguant avoir dû diminuer son taux d'activité à 80% en raison de troubles à l'oreille survenus en 2006/2007. Elle avançait qu'elle serait entièrement active ce d'autant plus que ses enfants étaient désormais autonomes. Elle contestait par voie de conséquence le statut de ménagère à 20% retenu par l'OAI. Elle s'opposait également à la non-prise en compte d'empêchements lors de l'enquête ménagère en arguant qu'outre ses troubles psychologiques, ses problèmes à l'oreille l'empêchaient déjà de vaquer à ses activités ménagères quotidiennes à satisfaction (elle disait en particulier ne pas être en mesure de porter une corbeille à linge). Dans un autre moyen, la recourante a prétendu que le taux de 50% sur la part active était un « plafond maximum », sa capacité de travail oscillant entre 30 à 50%. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une nouvelle enquête ménagère neutre destinée à déterminer ses aptitudes résiduelles en regard de ses différentes atteintes à la santé (troubles à l'oreille et d'ordre dépressif notamment).

Dans sa réponse du 23 juin 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours.

En réplique, le 13 septembre 2016, la recourante a derechef fait valoir que le statut d'active à 80% et ménagère à 20% était erroné et vraisemblablement « le fruit d'un malentendu », en répétant que ses troubles vestibulaires auraient entraîné une réduction de la capacité de travail de 100% à 80% dès 2007. Elle a en outre précisé qu'en ne retenant aucun empêchement ménager, le rapport d'enquête du 19 août 2015 violait son droit d'être entendue ; en effet, il incombait à l'enquêtrice d'énumérer chacune des tâches distinctes en motivant à chaque fois un empêchement éventuel, ce qu'elle n'avait pas fait. La recourante a encore allégué qu'après comparaison du revenu de valide (5'822 fr. pour un 100%) avec celui d'invalidé (2'696 fr. 50), il en résulterait un taux d'invalidité de 54% lui ouvrant le droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014, trois mois après la reprise d'une activité à temps partiel.

L'OAI a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours dans sa duplique du 21 septembre 2016.

Dans ses déterminations du 3 octobre 2016, la recourante a insisté sur la nécessité de compléter l'instruction de la cause relativement aux empêchements ménagers « patents » qu'elle présentait.

### **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 la LAI ([loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] ; art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales 2016 (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière au fond.

**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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Au vu des conclusions du recours, le litige porte sur l'octroi d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014 ainsi qu'à une rente pour enfant liée, soit sans suppression du droit aux prestations au 31 octobre 2014.

**3. a)** Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (TF 9C\_763/2013 du 12 février 2014 consid. 2 et les références citées).

**b)** Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif – comme c'est le cas en l'espèce –, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI ([règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 131 V 164 consid. 2.2, 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C\_344/2010 du 1<sup>er</sup> février 2011 consid. 4.2 et 9C\_266/2010 du 8 octobre 2010 consid. 3.3). En revanche, l'art. 88bis RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C\_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.2 ; TFA I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI).

**4. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte

d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 LAI).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 loc. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**c)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour

lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 loc. cit., 9C\_66/2013 du 1<sup>er</sup> juillet 2013 consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**5.** Dans un premier moyen, la recourante conteste le statut d'active à 80% et de ménagère à 20% retenu par l'intimé, soutenant que cela est « le fruit d'un malentendu » dès lors qu'elle travaillerait à plein temps si elle était en bonne santé. Elle allègue avoir dû diminuer son taux d'activité de 100% à 80% dès 2007 en raison de troubles à l'oreille survenus en 2006/2007. Elle travaillerait à plein temps ce d'autant plus que ses enfants sont désormais autonomes.

La recourante ne sera pas suivie dans ses explications. Elle a travaillé à compter du 1<sup>er</sup> mars 2011 en qualité d'infirmière-assistante, pour le compte de l'EMS « [...] », à 80%. Interrogée sur le taux d'activité qui aurait été le sien sans atteinte à la santé, la recourante a déclaré qu'elle aurait œuvré à raison de 80% comme infirmière-assistante, par intérêt personnel et pour bénéficier de repos (cf. formulaire complété le 24 octobre 2013). Lors d'une entrevue du 18 septembre 2013 avec le spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI, elle avait déjà indiqué exercer son emploi en EMS au taux de 80% par choix (cf. procès-verbal « DP - Rapport initial » du 19 septembre 2013, p. 2). Le 18 août 2015, elle a confirmé un tel statut à l'enquêtrice ménagère en déclarant que sans atteinte à la santé, elle effectuerait une activité à 80% (cf. rapport d'enquête du 19 août 2015, p. 3). Cela étant, l'intéressée ne peut être suivie lorsqu'elle se prévaut de troubles auditifs survenus en 2006/2007 pour justifier une diminution involontaire de son taux d'activité de 100% à 80%. En effet, aucun des spécialistes ORL consultés n'a attesté d'incapacité de travail du chef du déficit cochélo-vestibulaire droit diagnostiqué en 2006. A cet égard, les Drs G. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ se sont bornés à proposer, à titre de traitement, le port d'un appareillage acoustique de type « CROS » ou « BAHA ». A cela s'ajoute le fait qu'en 2011, la recourante était déjà âgée de cinquante ans alors que le plus jeune de ses enfants avait déjà dix-sept ans et était donc autonome bien que vivant au domicile de sa mère. Aucun élément ne permet dès lors de mettre en doute la véracité de déclarations constantes (au demeurant les premières, faites alors que l'assurée en ignorait peut-être les conséquences juridiques et auxquelles il convient en général d'accorder la préférence, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures ; cf. ATF 121 V 47 consid. 2a et 115 V 143 consid. 8c ; TF 9C\_663/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 consid. 3.2) selon lesquelles, sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi son travail d'infirmière-assistante à 80%. Elle ne peut dès lors être suivie lorsqu'elle affirme *a posteriori* sous couvert d'un prétendu malentendu qu'elle aurait œuvré à 100% sans atteinte à la santé. Le statut de 80% active et 20% ménagère retenu par l'OAI est ainsi confirmé.

**6.** La recourante critique ensuite l'absence d'empêchement sur sa part ménagère à 20%, estimant que les troubles auditifs avec vertiges et déficits de l'équilibre la limiteraient pour toutes les activités ménagères quotidiennes et habituelles, ses atteintes psychologiques ayant également une incidence sur lesdites activités, ne serait-ce qu'en termes de rendement. A ses yeux, les conclusions du rapport d'enquête du 19 août 2015 violeraient son droit d'être entendue dès lors que l'enquêtrice était tenue d'énumérer chacune des tâches ménagères distinctes en motivant pour chacune d'elles un empêchement éventuel.

Pour l'évaluation de l'incapacité sur la part ménagère, selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée 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\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 et les références).

En l'espèce, aucun indice n'est propre à remettre en cause l'appréciation à laquelle s'est livrée l'enquêtrice de l'OAI. Si une énumération de chaque tâche ménagère distincte ne figure certes pas expressément dans le rapport d'enquête du 19 août 2015, il n'en demeure pas moins que la visite effectuée à domicile par une spécialiste lui a permis d'évaluer les empêchements ménagers, lesquels sont inexistantes.

Cette enquêtrice qualifiée, qui a eu connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps (notamment les vertiges et troubles de l'équilibre) résultant des diagnostics médicaux et a tenu compte des indications de l'assurée, a conclu à l'absence d'empêchement significatif dans le ménage au terme d'une analyse globale dont elle a dûment rendu compte. Conformément au rapport d'enquête ménagère rédigé le 19 août 2015, il y a donc lieu de s'en tenir au constat d'absence d'empêchements sur la part ménagère de 20%. On constatera par surabondance qu'outre ses propres allégations, la recourante ne fait pas état d'éléments concrets justifiant de se distancer de la position de l'OAI.

**7.** Dans un autre moyen, la recourante conteste l'appréciation de l'intimé quant au taux de capacité de travail de 50% retenu sur la part active, laquelle serait un « plafond maximum ». Elle prétend en ce sens ne disposer que d'une capacité de travail oscillant entre 30 et 50%.

La recourante n'est pas convaincante dans ses explications. Comme l'intimé l'observe dans réponse, l'avis médical SMR du 9 novembre 2015 sur lequel il s'est fondé pour rendre sa décision et qui retient une capacité de travail vraisemblablement supérieure au taux de 50% tel qu'énoncé par le Dr K.\_\_\_\_\_, n'est pas critiquable. A l'instar du médecin-conseil du SMR, force est de constater que le dossier constitué rend compte du fait que subsistent chez la recourante des ressources psychiques et personnelles non négligeables. Après le bilan de compétences effectué auprès de [...] de novembre 2013 à janvier 2014, l'assurée a suivi un cours de massage classique au [...], du 3 mars au 27 mai 2014. Aux dires de son médecin traitant, le but poursuivi était de devenir indépendante pour reprendre une activité adaptée, soit un emploi s'exerçant avec « peu de monde » ou seule, dans le calme (massage ou aromathérapie ; cf. rapport du 20 novembre 2013 de la Dresse L.\_\_\_\_\_.). Au vu de l'évolution favorable du trouble de l'humeur incapacitant diagnostiqué courant 2013 par le Dr K.\_\_\_\_\_, une reprise du travail à 50% a d'abord été envisagée en janvier 2014 (cf. avis SMR du 28 janvier 2014 du Dr T.\_\_\_\_\_). Cette reprise s'est concrétisée le 4 août 2014, date

à laquelle l'assurée a retravaillé comme infirmière-assistante à 50% pour le compte de [...] SA (cf. rapport du 12 novembre 2014 du Dr K. \_\_\_\_\_ et confirmation du 4 décembre 2014 adressée par l'assurée). Aux dires du psychiatre traitant, cette fonction convenait le mieux à l'intéressée, lui permettant de valoriser ses compétences. En parallèle à son projet de devenir masseuse professionnelle indépendante, la recourante est ainsi parvenue à occuper un nouvel emploi à mi-temps depuis août 2014. Le bref arrêt de travail du 31 juillet au 14 septembre 2015 consécutif à une chute en août 2015, soit un an après la reprise de travail, n'apparaît pas de nature à remettre en question la capacité de travail résiduelle à 50% dans l'activité usuelle dès le 4 août 2014. Il n'existe par ailleurs aucun empêchement sur la part ménagère de 20% comme on l'a vu ci-avant. Quand bien même l'activité indépendante de masseuse n'avait pas encore été entreprise à l'automne 2015, et malgré un budget limité, l'assurée avait déjà pris ses dispositions (cf. rapport du 8 octobre 2015 du Dr K. \_\_\_\_\_) ; même sans avoir déjà constitué sa clientèle, elle avait notamment loué un local très bien situé pour un loyer mensuel de 700 francs (cf. rapport d'enquête du 19 août 2015, p. 4). Au vu de ces circonstances, on retiendra avec l'intimé que l'amélioration de la symptomatologie dépressive d'intensité moyenne (F32.1), ceci dans le contexte d'un état de burnout en rémission complète, a permis à l'assurée de recouvrer une capacité de travail exigible de 50% au moins dans l'activité habituelle d'infirmière-assistante dès le mois d'août 2014.

**8.** En lien avec le calcul de son préjudice économique, la recourante reproche à l'intimé de s'être dispensé de procéder à une comparaison des revenus raisonnablement exigibles, dont elle infère l'existence d'un taux d'invalidité de 54% qui lui ouvrirait droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014.

Totalement incapable de travailler en toutes activités depuis le 6 mai 2013, la recourante a présenté, dès le mois d'août 2014, une capacité de travail à 50% au moins dans son activité d'infirmière-assistante (cf. consid. 7 supra). Cette exigibilité de 50% minimum dans l'activité habituelle, mise en rapport avec le statut d'active à 80% en

bonne santé, conduit à un taux d'invalidité sur la part active de l'assurée à 37,50% ( $[(80\% - 50\%) / 80\%] \times 100$ ). Pour sa part ménagère de 20% et sur la base des données probantes de l'enquête ménagère au dossier, l'assurée ne subit aucun empêchement (cf. consid. 6 supra).

En application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (cf. art. 28a al. 3 LAI), le degré d'invalidité de la recourante doit être calculé comme il suit :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80 %	37.50 %	30 %
Ménagère	20 %	0 %	0 %
Degré d'invalidité			30 %

Ainsi, pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014 (compte tenu de l'amélioration dès le 4 août 2014 ; cf. art. 88a, al. 1, RAI), le taux d'invalidité globale doit être fixé à 30%, taux inférieur au seuil de 40% permettant le maintien du droit à la rente (cf. art. 28 al. 2 LAI) comme l'a retenu l'OAI au terme de la décision dont est recours.

Afin d'être complet, on observera que, dans l'hypothèse où l'exercice d'une activité en milieu hospitalier ne serait plus exigible, le calcul fondé sur une comparaison concrète des revenus avant invalidité (EMS « [...] ») et après invalidité ([...] SA) ne conduit pas à un autre résultat.

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013, le revenu mensuel brut de la recourante pour son activité à 80 % auprès de l'EMS « [...] » était de 4'890 fr., versé treize fois l'an, ce qui correspondait à un revenu annuel de 63'570 francs. Adapté eu égard à l'évolution moyenne des salaires de 2013 à 2014 (+ 0.8% ; site de l'OFS [Office Fédéral de la Statistique] tableau T39), le salaire de référence hypothétique sans invalidité serait de 64'078 fr. 55.

Le salaire mensuel brut de la recourante pour son activité à mi-temps pour le compte de [...] depuis août 2014 est de 3'050 fr., versé douze fois l'an, ce qui donne un revenu annuel de 36'600 francs.

Après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA, le taux d'invalidité de la recourante, dans sa part active, serait dès lors de 42.88% ( $(\{64'078 \text{ fr. } 55 - 36'600 \text{ fr.}\} / 64'078 \text{ fr. } 55 \text{ fr.}) \times 100$ ), arrondi à 43% (cf. ATF 130 V 121).

En application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, le degré d'invalidité de la recourante devrait alors être calculé comme il suit :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80 %	43 %	34.40 %
Ménagère	20 %	0 %	0 %
Degré d'invalidité			34.40 %

**9.** Cela étant, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête de nouvelle enquête ménagère neutre formulée en ce sens par la recourante doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C\_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**10.** Vu ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**a)** 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 (art. 69 al. 1bis LAI) ; 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 francs (art. 4 al. 2 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

**b)** En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 mars 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de X.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour X. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :