

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 novembre 2019

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Monod et Bonard, assesseurs  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Guyaz, avocat  
à Lausanne,

et

**Y.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 43 al. 1 LPGA ; art. 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante bosniaque née en 1967, sans formation, a travaillé en qualité d'employée de production auprès de [...] SA du 2 mai 1988 au 31 décembre 2001. Elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 12 novembre 2001, mentionnant des problèmes de dos.

Dans un rapport médical du 10 avril 2002, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu comme diagnostics - avec répercussions sur la capacité de travail - un syndrome somatoforme douloureux ainsi qu'un état dépressif moyen à sévère. Pour ce médecin, l'assurée était incapable de travailler à 100% depuis le 5 février 2001.

Par décision du 11 juin 2004, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2002 au 31 octobre 2003.

Prenant acte de l'opposition de l'assurée, l'OAI a poursuivi l'instruction du dossier, en ordonnant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, confiée au Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de la clinique [...]. Dans un rapport d'expertise du 4 septembre 2006, ce médecin a retenu comme diagnostic dénué de répercussion sur la capacité de travail un trouble somatoforme indifférencié, estimant que l'assurée était capable de travailler à 100% dans toute activité.

Par décision sur opposition du 2 juillet 2007, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 11 juin 2004.

**B.** Dès le 1<sup>er</sup> mars 2008, l'assurée a occupé un poste de caissière à la [...].

Au moyen d'une déclaration d'accident du 4 juillet 2013 destinée à [...], assureur-accidents de l'assurée, cette dernière a annoncé avoir été victime d'un accident de la circulation, en tant que passagère, à la hauteur de [...] (IT), alors qu'elle rentrait de Serbie. L'assurée a été hospitalisée en Italie avant d'être transférée au [...] ( [...]).

Par rapport médical du 17 juillet 2013, les Drs G.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur au sein du [...], ont diagnostiqué un accident de la circulation survenu en Italie le 24 juin 2013 avec des fractures des apophyses épineuses C6 et C7, une contusion pulmonaire gauche, une fracture de l'os propre du nez, des fractures alvéolaires avec avulsion de plusieurs dents, des plaies de la face, un corps étranger supra-orbitaire gauche, une fracture du ¼ distale de la clavicule gauche type IIA selon Neer, une plaie de la face antérieure de l'épaule gauche ainsi qu'un status post-suture des plaies en urgence le 24 juin 2013. Ces médecins ont également posé comme diagnostic secondaire un état de stress post-traumatique, l'assurée se trouvant en incapacité totale de travail.

Le 26 septembre 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Au cours de l'instruction médicale, le Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), par le biais d'un avis du 7 avril 2015 établi par la Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a suggéré l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, orthopédique et neurologique) en raison de la longue incapacité de travail peu argumentée de l'assurée, tant sur le plan psychiatrique que somatique depuis janvier 2014, l'intéressée n'ayant pas été capable d'entamer une reprise progressive du travail, même à un taux partiel.

L'OAI a ainsi mandaté le [...], [...], à [...], pour l'établissement d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Le rapport d'expertise en question a été établi le 1<sup>er</sup> juillet par les Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en

médecine interne générale, W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et par la Dre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Ces médecins ont posé en tant que diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, un trouble de l'adaptation chronique post-traumatique, un syndrome douloureux somatoforme persistant, des fractures pluri-étagées, notamment des apophyses épineuses C6 et C7, traitées conservativement, une capsulite rétractile de l'épaule gauche, des dorso-lombalgies chroniques ainsi que des cervicalgies post-traumatiques. Concernant les diagnostics dénués d'influence sur la capacité de travail de l'assurée, une hypertension artérielle ainsi que des céphalées chroniques ont été mentionnés. Les médecins ont retenu une incapacité totale de travail dans toute activité depuis le 24 juin 2013, évoquant les éléments suivants :

« Il s'agit d'une assurée qui présente des problèmes de syndrome douloureux persistant depuis des années, mais aussi une problématique psychiatrique qui a été constatée déjà en 2001, diagnostiquée selon les différents médecins et psychiatres, avec en même temps des diagnostics similaires, mais aussi différents dans leur gravité. Il y a eu deux expertises qui ont été faites, déjà mentionnées, qui ne retenaient pas d'incapacité de travail dans le passé. Mais en tout cas, l'assurée avait bénéficié d'une rente entre 2001 et 2003. En fait, on ne trouvait pas de comorbidité psychiatrique assez grave avec ce syndrome douloureux persistant qui pourrait expliquer et justifier une incapacité de travail. Avec les nouvelles directives de l'AI et étant donné l'actuel status psychique de cette assurée qui est entre sévère et moyen, en absence d'idées suicidaires élaborées, mais contenant d'autres symptômes de la lignée dépressive clairement majeure, en présence d'un trouble douloureux somatoforme, un conflit émotionnel très fort et une désinsertion sociale très importante, avec un retrait total sur soi, en arrêt total depuis des années, même dans les activités ménagères, on ne peut que conclure à une incapacité de travail totale, au moins depuis son accident où elle-même mentionne une aggravation du moral et au niveau douloureux.

Si la problématique psychiatrique dans le passé n'était pas suffisamment présente pour expliquer l'incapacité de travail, aujourd'hui c'est le cas, avec des éléments psycho-sociaux très importants, un état dépressif qui perdure avec même une suspicion de structure de personnalité psychotique, étant donné un affect détaché, superficiel, un manque de capacité d'introspection ou de la conscience morbide. L'incapacité de travail est donc à 100% dans toute activité et cela depuis au moins le 23.06.2013. Les limitations insurmontables sont des problèmes de capacité d'adaptation, de capacités d'organisation, un ralentissement psychomoteur, un état

douloureux permanent, une thymie abaissée, le contact relationnel perturbé, le discours ciblé uniquement sur sa souffrance, aucune résistance au stress, une anxiété, des difficultés de déplacements, l'assurée ne se déplace pas sans être accompagnée. Une désinsertion sociale est aussi une limitation importante.

Du point de vue de la médecine interne générale, cette capacité professionnelle est très diminuée entre 20% et 30% avec un pronostic sévère ».

En réponse aux questions de l'OAI, les médecins ont mentionné ce qui suit :

## **« I. ATTEINTE A LA SANTE**

### **1. Manifestation et gravité des constats objectifs**

Le status psychiatrique surtout correspond à une maladie chronique, cristallisée, enkystée, durable, progressivement incapacitante avec un trouble somatoforme douloureux grave qui dure depuis des années. Il représente une impossibilité à surmonter l'atteinte à la santé, avant tout psychiatrique, mais aussi psychosomatique, totalement invalidante.

**2. Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé** Graves, durables, totalement incapacitantes, d'un point de vue psychiatrique, mais aussi somatique.

**3. Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels)**

Dans ce cas, la diminution des capacités fonctionnelles est due à l'atteinte à la santé et sa capacité fonctionnelle au niveau de la capacité de travail qui n'existe plus. Il n'y a pas d'influence directe sur les capacités fonctionnelles des facteurs étrangers. Les limitations insurmontables sont des problèmes de capacité d'adaptation, de capacités d'organisation, un ralentissement psychomoteur, un état douloureux permanent, une thymie abaissée, le contact relationnel perturbé, le discours ciblé uniquement sur sa souffrance, aucune capacité au stress, une anxiété, des difficultés de déplacements, l'assurée ne se déplace pas sans être accompagnée. Une désinsertion sociale grave est aussi une limitation importante.

**4. Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires et de leur ampleur**

Il n'y en a pas. Les plaintes sont authentiques et le comportement congruent.

**5. En cas de maladie addictive, examen de la question de savoir si un trouble préalable ayant valeur de maladie grave a conduit au syndrome de dépendance.**

Il n'y a pas d'addiction.

**6. Le syndrome de dépendance a-t-il entraîné un trouble irréversible?** Caduc.

**7. Analyse détaillée de la personnalité actuelle de l'assurée et de son évolution**

Il y a des éléments de personnalité de type psychotique. Donc la superficialité des affects, un détachement, un manque de capacité d'introspection, l'assurée restant dans le concret dans son discours, on ne peut pas retenir un trouble de la personnalité en tant que tel, étant donné le trouble dépressif qui couvre l'éventualité d'un trouble de la personnalité à la base. L'assurée se montre anosognosique et les plaintes sont présentées au premier degré.

**8. Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente l'assurée et sur les ressources personnelles dont il dispose**

L'assurée ne dispose pas de ressources résiduelles, c'est-à-dire qu'elle n'est actuellement pas capable d'en mobiliser, même pas pour une activité occupationnelle, étant donné sa totale inactivité, même pour les tâches ménagères les plus simples.

**II. CONTEXTE SOCIAL**

**1. Anamnèse conforme aux directives et menée par l'ensemble des experts impliqués**

L'anamnèse a été établie par tous les experts conformément aux directives.

**2. Description détaillée du quotidien et de l'environnement de l'assuré**

L'assurée affirme ne pas avoir de loisirs, qu'avant l'accident, elle aimait bien faire du fitness avant d'aller travailler à la Coop, qu'elle se sentait mieux. Elle avait déjà des problèmes de dos et une rente AI temporaire, mais depuis l'accident, elle ne peut plus rien faire et n'a plus envie de rien faire. Elle a l'impression que sa vie s'est arrêtée. Elle n'arrive pas à se concentrer pour quoi que ce soit. Elle n'a aucun intérêt pour rien. C'est sa fille cadette, sa sœur et son mari qui font le ménage et les courses. Elle se lève vers 07.00h, 07.30h, voire 08.00h selon la nuit passée. Elle a des douleurs. Elle est souvent réveillée, rumine pendant la nuit, n'arrive pas dormir, ne voit pas son avenir. Après s'être levée, elle prend ses médicaments, mange un peu et retourne au lit. Elle passe toutes ses journées « en pyjama » comme elle le décrit, n'arrivant rien faire. Sa fille fait la maturité et revient vers 16.30h. C'est elle qui fait tout dans la maison et son mari qui travaille aux CFF à Lausanne a des horaires hebdomadaires alternés le matin, l'après-midi ou la nuit. Selon ses horaires, il peut l'aider, l'amener chez les médecins et le physiothérapeute où elle va deux fois par semaine, et chez le psychiatre deux fois par mois. L'assurée affirme ne même pas répondre au téléphone car elle n'a pas envie d'entendre ses amis proches. Elle a peu d'amis qui viennent parfois la visiter. Elle se dit ne pas être insérée, être une autre personne depuis l'accident. Elle est suivie par le Dr J.\_\_\_\_\_.

**3. Appréciation de la partie non médicale du dossier, relative par ex. à l'entraînement au travail et à la tenue du ménage**

Aucun entraînement n'est indiqué, étant donné qu'elle ne fait même pas les tâches les plus simples dans son ménage.

**4. Indications détaillées sur les difficultés d'ordre social, par ex. chômage ou autres situations de vie précaires, directement à l'origine de problèmes fonctionnels**

Ces difficultés n'ont pas d'influence directe sur la problématique fonctionnelle, sa pathologie étant primaire.

**5. Description détaillée des ressources disponibles ou mobilisables (soutien de l'assurée par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, adhésion à la thérapie, etc.)**

L'assurée est très soutenue par sa famille, mais totalement désinsérée au niveau social. Elle adhère bien au traitement de physiothérapie, de psychothérapie, mais malgré cela, une amélioration de son état de santé et sur l'atteinte de la santé qui est grave, durable et totalement incapacitante n'est pas possible.

[...]

**V. COHERENCE**

**1. Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités médicales, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assurée**

Il n'y a pas de divergence dans les différentes spécialités médicales des experts.

**2. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales)**

Cf. l'épi-crise bien détaillée de l'expertise psychiatrique. L'incapacité de travail est dans tous les domaines, aussi bien psychiatrique que psychosomatique.

**3. Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé**

A part une évolution de la maladie psychosomatique et l'introduction de la rente temporaire, l'activité était congruente. Par la suite, en 2008, son état s'étant relativement amélioré, l'assurée avait hâte de travailler et même faire du fitness. Elle se sentait bien jusqu'à l'accident de juin 2013 où il y a une réapparition de toute la symptomatologie psychiatrique et psychosomatique qui a évolué d'une façon dégradante, influençant l'activité.

**4. Evaluation complète et critique de la prise en charge ou de l'abandon des options thérapeutiques**

Aucune option thérapeutique ne pourrait améliorer la capacité de travail de cette assurée, mais uniquement son confort.

**5. Analyse permettant de savoir si l'assurée présente une inaptitude à suivre une thérapie en raison même de sa maladie**

L'assurée adhère relativement bien à ses traitements, mais par rapport à sa pathologie, elle présente une anosognosie. Le traitement n'est donc pas exigible. »

Après avoir consulté le SMR, l'OAI a informé l'assurée le 15 août 2016 qu'il estimait qu'une évaluation médicale complémentaire était nécessaire. L'assureur-accidents a également demandé des précisions au [...] quant aux conclusions prises.

Par complément d'expertise du 14 novembre 2016, la Dre K.\_\_\_\_\_ a précisé les raisons pour lesquelles elle a retenu un état dépressif moyen à sévère au lieu de sévère, entraînant des limitations fonctionnelles sous la forme d'une capacité d'adaptation et d'organisation limitées, un ralentissement psychomoteur, un état douloureux permanent, une thymie dépressive abaissée, un contact relationnel perturbé ainsi qu'un discours répétitif ciblé uniquement sur sa souffrance. La Dre K.\_\_\_\_\_ a également relevé l'absence de résistance au stress, de l'anxiété, une désinsertion sociale et des difficultés de déplacement, l'assurée ne se déplaçant pas sans être accompagnée. L'état physique de l'intéressée se péjorait.

Le 28 novembre 2016, le [...] a également adressé un complément d'expertise à l'assureur-accidents, confirmant l'incapacité de travail de l'assurée. L'auteur de ce complément d'expertise, soit le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a notamment relevé les éléments suivants :

**« 4. Appréciation générale (diagnostics, pronostic, état antérieur, désavantages persistants, limitations fonctionnelles, propositions thérapeutiques, recyclage).**

- a. *Diagnostics* : voir sous point 3.
- b. *Pronostic* : défavorable. La situation s'est plutôt dégradée depuis l'accident, l'assurée étant incapable de mobiliser une ressource en vue d'une évolution favorable.
- c. *Etat antérieur* : dans les antécédents, on relève des douleurs lombaires avec déconditionnement physique et statique en 2001, accompagnées de troubles anxieux et douloureux somatoforme. Le dossier à notre disposition documente un suivi psychiatrique pour

trouble somatoforme indifférencié F45.1 jusqu'en 2006 — début 2007. L'assurée a ensuite repris son travail de caissière à plein temps en 2008, jusqu'au moment de l'accident du 23.06.2013, alors qu'elle travaillait à 80%. Nous n'avons donc aucune indication précise sur l'état antérieur immédiat avant l'accident.

d. *Désavantages persistants* : oui.

e. *Limitations fonctionnelles* : elles sont totales, en particulier au niveau psychique, telles que décrites sous le point 3 par la psychiatre. A ceci s'ajoute l'utilisation très restreinte du membre supérieur gauche.

f. *Proposition thérapeutique* : le suivi régulier actuel (voir sous point 8.) est sans effet bénéfique marqué sur la situation, mais permet plus ou moins de la stabiliser.

g. *Recyclage* : celui-ci est impensable et impossible. Les limitations insurmontables sont des problèmes de capacités d'adaptation, de capacités d'organisation, un ralentissement psychomoteur, un état douloureux permanent, une thymie abaissée, le contact relationnel perturbé, le discours ciblé uniquement sur sa souffrance, aucune capacité au stress, une anxiété, des difficultés de déplacements (l'assurée ne se déplace pas sans être accompagnée), une désinsertion sociale grave.

Les mesures de réadaptation ne sont pas raisonnablement exigibles, même en réhabilitation psychosomatique stationnaire, ceci d'un point de vue pluridisciplinaire, sur une base psychiatrique et psychosomatique. Elle ne peut pas s'investir dans une mesure de réinsertion (mesure de type progressif avec un taux de présence minimal de 2h./j. 4j/semaine, et ceci sans obligation de rendement), car l'assurée est totalement désinsérée, n'arrivant même pas à faire les tâches ménagères les plus simples. »

Par avis médical SMR du 16 février 2017, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a estimé qu'au vu des lacunes et des discordances dans le contenu de l'expertise du [...], il était nécessaire de mettre en œuvre une expertise neuropsychologique.

Par rapport d'examen neuropsychologique du 17 mars 2017, Mme D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie, a indiqué ne pas avoir pu mener l'examen en question à son terme en présence d'une assurée très démonstrative, ralentie, focalisée sur la problématique de la douleur, ce qui l'empêchait de collaborer pleinement à l'examen. Cependant, Mme D.\_\_\_\_\_ a observé une thymie abaissée, un manque d'appétence à l'effort cognitif et des résultats inhabituels dans plusieurs tâches (temps de latence très élevé aux tâches d'empans, avec échec à un item simplifié présenté de manière ordonnée, des performances sévèrement déficitaires à un test de validation de symptômes ainsi que des données

anamnestiques très vagues). Une péjoration des résultats dans l'ensemble des épreuves proposées était également constatée, depuis les évaluations réalisées à la Clinique romande de réadaptation (CRR) en 2013 et 2014.

Par communication du 1<sup>er</sup> juin 2017, l'OAI a estimé que l'examen du droit aux prestations de l'assurée nécessitait une nouvelle expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.

L'assurée s'est opposée à ce nouveau mandat par acte du 21 août 2017, estimant que l'instruction médicale était complète. Pour l'assurée, l'expertise réalisée par le [...] ainsi que son complément étaient suffisants pour statuer, l'OAI n'apportant aucun exemple concret d'incohérence ou de discordance au sujet de l'expertise en question. Une nouvelle expertise n'était ainsi pas nécessaire.

Par décision incidente du 2 octobre 2017, l'OAI a confirmé la mise sur pied d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique auprès du [...]. L'office retenait que les conclusions de l'expertise du [...] et de son complément susmentionnés ne permettaient pas de se prononcer valablement sur l'état de santé de l'assurée dans sa globalité, ni sur les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail.

**C.** Par acte du 31 octobre 2017, F.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil Me Alexandre Guyaz, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Elle soutenait en substance que l'expertise du [...] du 1<sup>er</sup> juillet 2016 était probante, l'établissement d'une nouvelle expertise s'avérait dès lors superflue.

Par réponse du 4 décembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours formé par l'assurée. L'office retenait que l'expertise [...] ne permettait pas de se prononcer valablement sur l'état de santé de l'assurée ni sur l'incidence de ce dernier sur sa capacité de travail

résiduelle, notamment en raison de lacunes dans la motivation des experts et des contradictions présentées. La situation médicale demeurait peu claire. Pour le surplus, l'OAI a renvoyé à son courrier du 2 octobre 2017.

Par acte du 11 février 2019, l'OAI a produit un complément d'expertise orthopédique du 10 octobre 2018 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, établi dans le cadre de l'instruction menée par l'assureur-accidents. Ce médecin a retenu comme diagnostics un accident de la voie publique le 23 juin 2013 avec multiples fractures contusion et plaies, des cervico-brachialgies bilatérales chroniques avec arthrose des articulations postérieures C3-C7 - avec des douleurs et déficit fonctionnel de l'épaule gauche avec arthrose acromio-claviculaire, une légère tendinopathie du sus-épineux -, une épicondylite et épitrochléite chroniques, des lombalgies basses chroniques, des coxalgies droites sur coxarthrose débutante droite plus que gauche et des douleurs de l'avant-pied gauche sur avant-pied plat transverse à droite plus qu'à gauche. Concernant la capacité de travail de l'assurée, sur le plan orthopédique, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail totale dans son ancienne activité de caissière, la capacité de travail se montant à 80% avec une diminution de rendement de 20% dans une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles, soit un port de charge minimal de 1 kilo, une limitation pour la montée et la descente des escaliers, la position debout statique, le piétinement et la position penchée étant très mal supportés.

L'OAI a également transmis un avis médical du SMR du 5 février 2019, dans lequel la Dre Q.\_\_\_\_\_ a mentionné ce qui suit :

« *Notre avis* : si sur le plan orthopédique la situation est claire, sur le plan psychiatrique, une péjoration n'est pas exclue depuis le séjour à la CRR, en 2013/2014 (« *trouble d'adaptation avec réaction mixte et dépressive qui ne justifie pas en soi, des limitations dans la capacité de travail* ») ; le diagnostic de trouble dépressif moyen à sévère (expertise psychiatrique du 28.04.16) a été retenu sur la base des plaintes de l'assurée, en l'absence des tests psychométriques (Hamilton, Beck), des tests neuropsychologiques, d'une IRM cérébrale récente (IRM cérébrale du 27.02.14/Sion : pas de signes évolutifs des séquelles cérébrales connues par rapport à

l'IRM cérébrale du 13.12.13), dans le contexte où on évoque *une atteinte cérébrale organique de 35%* ; 2.- rappelons que l'expert neurologue (expertise du 01.04.16), mentionnait un « *syndrome douloureux, polydoureux, post traumatique suite à l'accident de la route du 23.03.13* » (erreur de frappe, 23.06.13) et précisait : « *aucun élément objectif ne vient corroborer les plaintes de cette patiente multiplaintive* » ; 3.- l'atteinte cérébrale organique estimée comme *modérée moyenne* (AI estimée à 35%) est retenue par le Dr X.\_\_\_\_\_, qui n'a pas examiné l'assurée lors de complément de l'expertise de novembre 2016 et son appréciation n'est pas en lien avec sa spécialité (médecine interne générale) ; 4.- sur le plan neurologique, aucun document n'atteste un suivi spécialisé ou un éventuel séjour de rééducation neurologique (« *traumatisme crânio-cérébral sévère* ») avec ou non, une prise en charge pluridisciplinaire ; 5.- l'expert Dr Z.\_\_\_\_\_ (le 10.10.2018), n'évoque pas dans l'anamnèse, des symptômes psychiques, un éventuel suivi psychiatrique et la liste des médicaments ne mentionne pas une médication psychotrope spécifique, sauf un anxiolytique (Temesta), en réserve.

Dans ce cadre, afin de se positionner sur l'exigibilité dans une activité adaptée et pérenne et à la lumière des nouvelles jurisprudences depuis 2016, nous suggérons une expertise psychiatrique et neurologique ».

Répliquant en date du 14 mars 2019, l'assurée a une nouvelle fois contesté la nécessité d'établir une nouvelle expertise, relevant notamment l'argumentation fluctuante du SMR et de l'OAI, l'essentiel étant de trouver des arguments afin de mettre en place une nouvelle expertise dans le but d'obtenir une seconde opinion.

Dupliquant le 2 avril 2019, l'OAI a produit un avis médical du SMR du 1<sup>er</sup> avril 2019 établi par la Dre Q.\_\_\_\_\_, cette dernière confirmant la nécessité de mettre en œuvre une expertise neurologique et psychiatrique, notamment en l'absence d'éléments cliniques objectifs suffisants pour justifier une capacité de travail nulle et durable, en l'absence de suivi neurologique régulier ainsi que d'un examen clinique neuropsychologique et compte tenu du fait que l'assurée n'apparaissait pas avoir séjourné en hôpital psychiatrique ni avoir bénéficié d'un suivi ambulatoire régulier. La Dre Q.\_\_\_\_\_ constatait, dans le cadre du complément d'expertise, l'absence de plaintes, de symptômes psychiques anamnestiques et de traitement psychotrope en cours.

Par acte du 29 avril 2019, l'assurée a confirmé sa position, relevant notamment que le SMR, dans son avis médical du 10 août 2016

établi à la suite de l'expertise [...], n'avait « pas de question pour l'expert neurologue ». L'assurée a également produit un rapport médical du 24 février 2019 établi par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ce dernier n'ayant observé aucune amélioration de la capacité de travail de l'assurée, malgré les thérapies entreprises dans sa langue maternelle et la médication multimodale introduite. Ce médecin observait également un état anxio-dépressif marqué, se traduisant notamment par un état de stress, de la nervosité, des amnésies, des problèmes de concentration et des céphalées. Le Dr J.\_\_\_\_\_ n'a retenu aucune amélioration de la capacité de travail, la reprise d'une activité professionnelle ne pouvant intervenir dans un futur proche.

En date du 17 mai 2019, l'OAI a produit un nouvel avis médical du SMR établi le 13 mai 2019 par la Dre Q.\_\_\_\_\_, cette dernière maintenant sa position déjà exprimée le 5 février 2019 et le 1<sup>er</sup> avril 2019 concernant la nécessité de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et neurologique.

Par acte du 31 mai 2019, l'assurée a déploré la recherche permanente de l'OAI et du SMR de nouveaux arguments afin de légitimer l'établissement d'une nouvelle expertise.

### **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).

Les décisions portant sur l'ordonnancement de la procédure - au sens de décisions incidentes (cf. Thierry Tanquerel, Manuel de droit

administratif, Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 828, p. 284 ss ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich/Bâle/Genève 2009, n. 30 ad art. 52 LPGA) - ne peuvent pas être attaquées par voie d'opposition (cf. art. 52 al. 1 LPGA), de sorte qu'elles sont directement attaquables par la voie du recours devant les tribunaux des assurances institués par les cantons (cf. art. 56 al. 1 et 57 LPGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En vertu des art. 74 et 75 LPA-VD (applicables par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), pour pouvoir recourir en instance cantonale à l'encontre de décisions incidentes, le recourant doit non seulement disposer d'un intérêt digne de protection à ce que la décision attaquée soit annulée ou modifiée, mais il faut de surcroît que les décisions incidentes notifiées séparément puissent causer un préjudice irréparable au recourant. Ces conditions étant en principe réalisées lorsqu'il s'agit de désigner un expert (ATF 139 V 339 ; 137 V 210), elles le sont a fortiori lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre une nouvelle expertise, respectivement une contre-expertise destinée à éprouver les conclusions de précédents experts.

**d)** En l'espèce, aucune circonstance ne fait ainsi obstacle au cas d'application des art. 74 et 75 LPA-VD. Le recours a par ailleurs été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, dans le respect des formes prescrites par la loi, de sorte qu'il est recevable.

**2.** Concernant la composition de la Cour pour statuer sur ce type de litige - à un seul ou à trois juges (art. 94 LPA-VD) -, il sied de relever

que la présente contestation n'a pas trait au droit aux prestations de l'assurance-invalidité, mais à l'ordonnancement de la procédure, par la mise en œuvre d'une mesure destinée à compléter l'instruction. La contestation est ainsi de nature incidente, ayant en l'espèce pour objet l'établissement d'une seconde expertise bi-disciplinaire, neurologique et psychiatrique.

En pareil cas, il ne se justifie pas de déroger à la règle de la composition ordinaire à trois juges au sens de l'art. 94 LPA-VD, à moins que la valeur litigieuse de la procédure principale n'atteigne pas 30'000 francs.

En l'occurrence, la valeur litigieuse en lien avec des prestations de l'assurance-invalidité est susceptible d'excéder le montant précité. La compétence d'une cour à trois juges pour statuer est ainsi donnée.

**3.** Est litigieuse la mise en œuvre, au stade de l'instruction, d'une seconde expertise bi-disciplinaire afin de déterminer la capacité de travail résiduelle de la recourante, singulièrement la question de savoir si la décision incidente relative au principe même de cette nouvelle expertise procède de la recherche d'une simple seconde opinion, inutile à l'établissement des faits.

**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 ; art. 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 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).

**b)** Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie 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 (art. 28 al. 2 LAI).

**5. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2 et références citées). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales.

**b)** De son côté, conformément à son devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195), l'assuré est tenu de se soumettre aux examens médicaux et techniques qui sont nécessaires à l'appréciation du cas et peuvent être raisonnablement

exigés (art. 43 al. 2 LPGA). En ce sens (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.1, in RSAS 2008 p. 181), le pouvoir d'appréciation de l'administration dans la mise en œuvre d'un examen médical n'est pas illimité; elle doit se laisser guider par les principes de l'Etat de droit, tels les devoirs d'objectivité et d'impartialité (cf. Ulrich Meyer-Blaser, Das medizinische Gutachten aus sozialrechtlicher Sicht, in Adrian M. Siegel/Daniel Fischer, Die neurologische Begutachtung, Schweizerisches medico-legales Handbuch, vol. 1, 2004, p. 105) et le principe d'une administration rationnelle (cf. Markus Fuchs, Rechtsfragen im Rahmen des Abklärungsverfahrens bei Unfällen, in RSAS 2006 p. 288).

**c)** Selon la jurisprudence (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in RSAS 2008 p. 181), le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une "second opinion" sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., n. 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

**d)** La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires,

ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352).

**e)** Ainsi, conformément au principe inquisitoire régissant l'instruction, l'assureur doit établir l'état de fait déterminant avant de rendre sa décision en ayant recours aux moyens de preuve nécessaires, en veillant à agir de manière objective et impartiale, en gardant à l'esprit l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance (TF 9C\_1012/2008 consid. 3.2.1), sans être autorisé à recueillir un nouvel avis sur des faits déjà établis par une expertise, lorsque les conclusions de celle-ci ne lui conviennent pas. Et lorsque la mise en œuvre d'un moyen de preuve appelle un comportement actif ou passif de l'assuré, il convient par ailleurs d'examiner, conformément au principe de la proportionnalité, si ce comportement peut être raisonnablement exigé, ce qui requiert de prendre en compte l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas particulier. Il y a lieu d'évaluer si les circonstances subjectives (telles l'âge, l'état de santé ou des expériences antérieures) autorisent, sur un plan objectif, la mesure requise (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 et 4.2.2). A cet égard, les examens auxquels la personne assurée est tenue de se soumettre dans le cadre d'une expertise médicale doivent en règle générale être considérés comme exigibles, sauf s'ils représentent un risque trop important pour la santé (TF 8C\_528/2009 consid. 7.2).

**f)** Il n'y a donc pas lieu d'épuiser toutes les possibilités d'investigations, mais de procéder à une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles on a déjà procédé, afin de s'assurer que les faits pertinents ont été établis de manière correcte et complète, et qu'il n'existe pas de contradictions insurmontables (ATF 110 V 48 ; TF 8C\_794/2016 consid. 4.2 et références citées ; Jacques Olivier Piguet, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, notes 9 à 12 ad art. 43).

**7. a)** En l'occurrence, le dossier est au stade de l'instruction de la demande, alors qu'une expertise pluridisciplinaire [...] a été mise en

œuvre s'agissant d'un cas réputé complexe, et sans qu'une décision ou projet de décision ait encore été rendu au fond qui impliquerait, à l'appui d'objections fondées sur des rapports médicaux, que l'expertise soit complétée au regard de ces dernières. A ce stade, l'intimé se borne à faire valoir qu'il est nécessaire, dans la foulée de la première expertise, tenue pour insatisfaisante, de mettre en œuvre une seconde. Est ainsi litigieuse la question de la mise en œuvre de cette seconde expertise, après que celle du [...] et de son complément aient été versées au dossier, au motif que cette dernière comprendrait des contradictions et des lacunes induisant l'impossibilité de se prononcer sur l'état de santé global de l'assurée et sur les conséquences de ces atteintes sur sa capacité de travail résiduelle. L'intéressée s'y oppose au motif que l'intimé aurait ainsi recours à la recherche d'une « seconde opinion », plus favorable, sur des faits pourtant déjà établis par une expertise tenue pour probante, ce que proscrit la jurisprudence.

**b)** En l'espèce, la complexité du cas a nécessité de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, neurologique, orthopédique et en médecine interne), ce qui n'est pas remis en cause. Sur la base du rapport d'expertise circonstancié rendu le 1<sup>er</sup> juillet 2016, l'intimé a fait usage de son droit de requérir un complément d'expertise sur certaines questions qu'il estimait devoir être précisées (avis SMR du 10 août 2016). On observe que l'assureur-accidents [...] a également produit son questionnaire à l'attention des experts dans le cadre de ce complément (acte du 28 septembre 2016). Le [...] a rendu son rapport complémentaire le 14 novembre 2016 à l'attention de l'OAI, puis le 28 novembre 2016 à l'attention de l'assureur-accidents. Par avis du 16 février 2017, relevant une incohérence entre une incapacité sur le plan psychique et une capacité de travail résiduelle sur le plan orthopédique, le SMR a souhaité faire procéder à une expertise neuropsychologique, ce qui fut fait, avec dépôt d'un rapport le 17 mars 2017, faisant état des difficultés de procéder à un examen complet en raison du comportement algique de l'assurée, mais notant une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis l'expertise réalisée par la CRR dans la cadre de la procédure relevant de l'assurance-accident. Pour Mme D.\_\_\_\_\_, neuropsychologue,

la situation était à réévaluer. Par avis SMR du 24 avril 2017, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a alors préconisé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise orthopédique et psychiatrique, selon elle faute d'éléments cliniques objectifs justifiant une incapacité de travail ou une aggravation en présence d'une assurée démonstrative.

**c)** A titre liminaire, on observera, sans que cela soit déterminant, que le [...] est un centre d'expertise reconnu par l'Office fédéral des assurances sociales, alors que le [...], centre indépendant, ne l'était pas lors de sa désignation.

Cela étant, procédant à une appréciation des pièces versées au dossier, singulièrement de l'expertise incriminée et de ses compléments, il y a lieu de constater que le rapport [...] est de bonne facture, rendant compte de l'anamnèse complète, des plaintes comme de la complexité du cas. Par ailleurs, contrairement au reproche formulé par l'intimé, on observe une approche précisément globale et consensuelle du cas par les experts, approche qui a donné lieu à discussion, puis a été précisée et affinée dans le cadre du complément d'expertise requis. Il sied également de relever que les quatre médecins spécialistes du [...], dans leur analyse respective du cas, s'accordent sur les constatations objectives relevées à l'occasion de l'examen, soit une thymie abaissée, une recourante démonstrative se déplaçant avec peine, l'abondance de plaintes, ainsi que sur le déroulement de la vie quotidienne de la recourante. Le pronostic, partagé par trois des quatre médecins était « défavorable » ou « sévère », le Dr W.\_\_\_\_\_ ne se prononçant pas expressément sur la question. Certes, le cas particulier soulève la problématique de troubles qui ne se fonderaient pas sur des critères purement objectifs, du point de vue neurologique, mais il s'agit là d'une pathologie en soi, exposée par les experts, comme du reste dans le cadre du complément neuropsychologique effectué à la demande de l'intimé. Ainsi, la seule présence de troubles non objectivables ne saurait entacher l'expertise des contradictions telles que posées par le SMR. Par ailleurs, certes dans le registre particulier des questions qu'il avait à instruire, l'assureur-accidents s'est satisfait des conclusions des experts pour

statuer sur le cas. Ainsi, la valeur probante de l'expertise [...] et de son complément paraît satisfaire aux réquisits de la jurisprudence, les conclusions rendues, après discussion et motivation, étant de nature à pouvoir fonder un projet de décision sur le fond, à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante. Et quand bien même l'approche psychiatrique du cas ne s'intègre pas dans la nouvelle grille d'analyse posée par la jurisprudence actuelle, les considérations des experts offrent d'en apprécier les critères déterminants, notamment les notions de cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. En l'occurrence, les médecins ont décrit de manière détaillée le quotidien de la recourante et les limitations importantes rencontrées, décrivant un important repli sur soi et l'absence de toute interaction sociale, sa perte d'intérêts ainsi que son incapacité d'assumer les tâches de la vie quotidienne. Concernant également le traitement entrepris, on constate à la lumière du rapport établi par le Dr J. \_\_\_\_\_ le 24 février 2019, que l'intéressée est suivie de manière régulière par son psychiatre traitant, la psychothérapie entreprise depuis 2013 n'apportant que peu de progrès tangibles.

Dans ce contexte, la reprise de l'instruction médicale complète que l'intimé appelle de ses vœux par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise paraît effectivement procéder de la recherche d'une seconde opinion, alors même que l'impossibilité de se prononcer en l'état sur le cas telle qu'alléguée par l'intimé s'avère inexacte, les pièces versées au dossier suffisant au contraire à apprécier les faits déterminants et à en tirer des conclusions utiles en termes de capacité de travail. Une procédure de révision peut du reste toujours, le cas échéant, être entreprise.

**d)** On fera donc droit aux conclusions de la recourante, en admettant son pourvoi et en annulant la décision litigieuse, le cas ne nécessitant pas la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, tant au regard des moyens de preuve offerts dans le cadre de l'instruction d'office qui a été effectuée, que du principe de la

proportionnalité, Mme D.\_\_\_\_\_, neuropsychologue, rendant compte à cet égard d'un état de santé entravant une plus ample collaboration de l'intéressée et préconisant une évolution favorable sur les plans psychique et somatique avant de procéder à une nouvelle évaluation.

**8. a)** Partant, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé afin de statuer sur le droit aux prestations de la recourante.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** La recourante qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel, peut prétendre une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; BLV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de les arrêter à 1'500 francs et de les mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

**I.** Le recours est admis.

- II. La décision incidente rendue le 2 octobre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour statuer sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité de F.\_\_\_\_\_.
- 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 F.\_\_\_\_\_ le montant de 1'500 fr. (mille cinq cents 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 Guyaz, pour la recourante,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :