

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} avril 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
 Mmes Di Ferro Demierre, juge, et Gay, assesseure
Greffière : Mme Laurency

* * * * *

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. W. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, était aide-soignante d'abord à 100 %, puis à 70 % dès octobre 2009.

Son employeur a déposé une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 24 janvier 2011 à la suite d'une incapacité totale de travail dès le mois de mai 2010 en raison notamment d'une dépression, de problèmes de vésicule et de dos.

Dans un rapport du 16 mars 2011, le Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie, a relevé des lombalgies chroniques compliquées de scapulalgies tensionnelles dans le cadre de troubles statiques et de déconditionnement physique global. Les radiographies montraient la découverte fortuite d'une anomalie transitionnelle sans lien avec les troubles allégués, de même qu'une petite scoliose courte centrée sur L3 sans troubles dégénératifs manifestes. L'examen clinique était relativement rassurant, sans limitation fonctionnelle objectivable ou syndrome irritatif ou neurodéficitaire des membres justifiant la pratique d'examens complémentaires. Le Dr D. _____ était frappé par la discordance entre les plaintes alléguées, quasi constantes depuis trois mois, et un examen clinique relativement rassurant, la pérennisation et les manifestations douloureuses pouvant être liées à une diminution du seuil de la douleur dans le contexte de l'état dépressif de l'assurée.

Le 17 mars 2011, l'assurée a remis à l'OAI une demande de prestations. Elle a indiqué dans le formulaire transmis avoir demandé, respectivement touché, des prestations notamment du Centre social régional de [...] (ci-après : le CSR).

Selon le rapport du 31 mars 2011, la Dresse H. _____, spécialiste en médecine du travail, et le Dr L. _____, médecin-assistant, ont diagnostiqué un épisode dépressif sévère avec hospitalisation en

février 2010, un tentamen médicamenteux en novembre 2008, un status post-cholécystectomie le 4 octobre 2010, une dyslipidémie, un status poste fausse-couche en juillet 2009 et une grossesse non évolutive avec curetage évacuateur en janvier 2009. Ces médecins ont mentionné une évolution favorable transitoirement en automne 2010 avec une régression des idées noires, une diminution des troubles du sommeil et des crises d'angoisse. Dans ce contexte, une tentative de reprise d'activité avait eu lieu en décembre 2010, mais s'était soldée par un échec. Depuis décembre 2010, l'assurée présentait une dégradation de son état de santé, ayant nécessité une intensification de son traitement auprès de son psychiatre. L'assurée présentait un état dépressif persistant. Les médecins ont conclu qu'il n'était pas encore possible d'évaluer si l'assurée pouvait reprendre son activité d'aide-soignante et à quel taux. La situation médicale n'était pas encore stabilisée et elle était dominée par une dégradation sur le plan psychique avec récurrence anxio-dépressive.

Il ressort du rapport du 15 avril 2011 du Dr X._____, psychiatre traitant de l'assurée et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, que le diagnostic incapacitant était un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée depuis 2010. L'assurée présentait une décompensation dépressive en lien avec plusieurs problèmes somatiques et la réponse au traitement était plutôt moyenne. D'après le Dr X._____, l'activité exercée n'était plus exigible, sans amélioration possible de la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée étaient des difficultés dans la gestion des émotions en raison d'une labilité émotionnelle, des difficultés liées aux tâches administratives du fait de troubles mnésiques, des difficultés à maintenir un rythme diurne et nocturne dues à la dépression et une hypersensibilité au stress résultant d'une fatigabilité accrue. Les capacités mnésiques, de concentration, d'attention, d'organisation et de planification étaient limitées. Le Dr X._____ a encore indiqué que des activités exigeant de la précision et de la rapidité, de même que celles impliquant du stress et des tâches complexes n'étaient pas exigibles.

Une IRM lombaire du 29 juin 2011 a mis en évidence des discopathies L4-L5 et L5-S1, associées en L4-L5 à une volumineuse hernie discale médiane, puis paramédiane gauche luxée vers le bas, entrant en conflit avec les deux racines L5 à leur émergence du sac thécal et, en L5-S1, à une extrusion focale paramédiane gauche de matériel discal légèrement luxée vers le bas, sans conflit de racine.

En raison de la persistance de la sciatalgie, une intervention chirurgicale (hémilaminectomie L5 gauche et cure de hernie discale L4-L5 gauche) a été réalisée le 19 septembre 2011. L'évolution post-opératoire était favorable, avec une nette diminution des douleurs selon le rapport du 7 octobre 2011 du Service de neurochirurgie du Centre M. _____.

Aux termes de leur rapport du 5 janvier 2012, la Dresse H. _____ et le Dr L. _____ ont actualisé les diagnostics concernant l'assurée et retenu un épisode dépressif sévère avec tentamen médicamenteux en février 2011 et novembre 2008 ; des lombosciatalgies gauches sur hernie discale L4-L5 gauche, status post-hémilaminectomie L4 gauche et cure d'une hernie discale L4-L5 gauche en septembre 2011 et status post-syndrome de la queue de cheval début juillet 2011 avec protrusion paramédiane L4-L5 gauche et conflit radiculaire L5 gauche ; status post-cholécystectomie le 4 octobre 2010 ; asthme ; dyslipidémie ; status post fausse-couche en juillet 2009 et grossesse non évolutive avec curetage évacuateur en janvier 2009. Les médecins ont relevé que l'évolution lombaire était favorable lors de la consultation début décembre 2011, avec disparition des sciatalgies. Ils ont cependant noté la persistance de douleurs lombaires déclenchées par certains mouvements, notamment l'extension dorsale et la flexion antérieure. L'assurée avait repris le travail à 50 % de son taux contractuel de 70 % en demi-journée le 19 décembre 2011. Elle présentait des limitations fonctionnelles à la manutention et au port de charges (maximum de 5 kg). Son activité d'aide-soignante était difficilement aménageable, d'autant que dans son service de neurologie les patients étaient souvent dépendants. A partir du 5 janvier 2012, l'assurée était à nouveau en arrêt de travail complet en raison d'une recrudescence des lombalgies. Sur le plan psychique, la

situation restait fragile. L'assurée avait stoppé son traitement médicamenteux et son suivi psychiatrique depuis le printemps 2011. Elle avait décrit une amélioration depuis l'automne 2011 à la suite de l'intervention chirurgicale et la régression des douleurs. Il persistait toutefois une symptomatologie dépressive à l'examen médical selon les médecins. Ces derniers ont conclu que l'état de santé restait fragile et que l'activité d'aide-soignante dans le service de neurologie n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, le retour à son poste de travail à un taux de 50 % du taux contractuel s'étant soldé par un échec.

D'après une note téléphonique du 8 février 2012 entre l'OAI et l'employeur de l'assurée, cette dernière avait repris le travail à 50 % dès le début du mois de février 2012, sans qu'elle ne fasse néanmoins toutes les tâches.

Selon les indications fournies par l'employeur à l'OAI lors d'un entretien téléphonique du 7 mars 2012, l'assurée avait repris son activité à 70 %, avec une limitation s'agissant du port de charge (maximum de 5 kg) et un cahier des charges très allégé.

Il ressort des différents certificats médicaux établis par le Dr K._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assurée depuis décembre 2011, que la capacité de travail était de 100 % dès le 9 mars 2012, avec une limitation du port de charges à 10 kg, mais à nouveau nulle depuis le 11 mars 2012. Le médecin a toutefois indiqué la possibilité de réévaluer la situation pour une reprise d'activité à temps partiel adaptée à la situation médicale à partir du 27 avril 2012.

Dans un rapport du 27 juin 2012, le Dr K._____ a confirmé le diagnostic incapacitant de lombosciatalgie sur hernie discale L3-L4 et L4-L5 depuis 2011. La dépression existante depuis 2009 n'avait pas d'effet sur la capacité de travail. Le Dr K._____ a mentionné qu'une reprise de l'activité professionnelle était envisageable dans une activité adaptée et qu'une évaluation était en cours dans un poste administratif. Seules des

activités en position assise, permettant d'alterner les positions, sans port de charges supérieures à 10 kg étaient possibles. Les capacités de concentration et de résistance étaient limitées d'après ce médecin.

Il ressort du dossier une note de suivi du 11 juillet 2012 du Service de réhabilitation de l'OAI, ayant la teneur suivante :

« Actuellement, l'assurée est en stage service administratif en neurochirurgie où elle peut bénéficier d'un très bon encadrement. Il en ressort néanmoins qu'elle travaille avec les moyens qu'elle a. Mme [...] (sa responsable directe) la trouve peu avenante, peu dégourdie, mono tâche, démonstr[ant] peu de motivation et peu d'intérêt (ce qui pourrait provenir de sa médication).

C'est une personne triste, mais attentionnée et gentille.

Elle s'occupe d'admission de patients et de visiteurs.

Le stage devait durer un mois, mais il sera stoppé cette semaine (donc après 2 semaines) car Mme [...] est en IT [incapacité de travail] et personne ne peut la prendre en charge. [...] »

Une IRM cervicale et lombaire réalisée le 29 septembre 2012 a montré un canal cervical étroit C5-C6 associé à des débords discaux C5-C6 et C6-C7 et une uncarthrose du côté droit à l'étage C5-C6. L'assurée présentait également un status post-laminectomie gauche L4 pour cure d'hernie discale L4-L5 avec persistance de débords discaux paramédians droit et gauche entrant en contact avec l'émergence des racines L5 des deux côtés.

Selon le rapport du 4 décembre 2012, le Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie, a diagnostiqué un Failed Back Surgery Syndrom et effectué une infiltration péridurale L5-S1 droite.

L'assurée s'est soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR). Dans leur rapport du 14 janvier 2013, les Drs S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie, et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, ont retenu les diagnostics incapacitants de lombalgies non déficitaires, dans un contexte

de status post-cure d'hernie discale L4-5, persistance d'un débord discal, remaniement de type Modic I, ainsi que des troubles dégénératifs postérieurs étagés. Le trouble dépressif récurrent était en rémission et n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Dans l'activité habituelle d'aide-soignante, la capacité de travail était nulle, alors que dans une activité adaptée, elle était de 75 % depuis mi-mars 2012. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était totale dans toute activité depuis juillet 2011. Les médecins ont notamment ajouté les éléments suivants :

« **Limitations fonctionnelles**

Rachis lombaire : pas de mouvement répété de flexion-extension, pas d'activité en porte-à-faux, pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de position debout prolongée au-delà de 30 minutes, assise au-delà d'une heure, pas de marche sans s'arrêter au-delà du km.

Sur le plan psychique, aucune.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

[...] Nous retenons dès lors une IT totale dans l'activité d'aide-soignante pour un problème rhumatologique depuis fin juin 2011, date à laquelle une IRM met en évidence une hernie discale luxée vers le bas. La consultation de rhumatologie du Dr D. _____ ne décrit qu'une lombalgie basse, avec une mobilité conservée, l'absence d'éléments de gravité.

Au point de vue psychiatrique, depuis le 17.02.2010 (hospitalisation à [...])

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

L'IT est restée complète dans le poste physiquement modérément contraignant d'aide-soignante.

Sur le plan psychiatrique, 100 % du 17.02.2010 à juillet 2011.

Concernant la capacité de travail exigible, sur le plan rhumatologique, elle est déterminée par la tolérance du rachis lombaire. Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites, nous retenons une exigibilité de 75 % à partir de mi-mars 2012 en tenant compte d'une reprise progressive à partir du 19.12.2011 (date d'essai de reprise dans l'activité d'aide-soignante). Cette décision s'appuie sur la présence du syndrome rachidien léger constaté à l'examen clinique et sur les données de l'IRM du 27.9.2012 montrant des signes inflammatoires persistants au niveau des plateaux L4-5 et au niveau du tissu cicatriciel. Nous

avons vu qu'il n'y a pas de récurrence de hernie discale, pas de compression radiculaire. Le but de l'intervention du 19.9.2011 était de décompresser la racine L5 gauche, ce qui a été réalisé avec disparition des sciatalgies, disparition des troubles neurologiques. Il est courant qu'en post-opératoire des douleurs lombaires persistent. »

Par courrier du 19 juillet 2013, le CSR a informé l'OAI qu'il versait des prestations du revenu d'insertion à l'assurée et qu'il souhaitait prendre le cas échéant les mesures qui s'imposaient dans le cas de la subsidiarité des assurances sociales et du suivi social.

L'assurée a bénéficié d'une mesure de réinsertion à partir du 15 juillet 2013. Elle a été interrompue le 27 août 2013, après onze jours de présence et sept jours d'absence de l'assurée. Les conclusions du rapport final du 24 septembre 2013 étaient ainsi formulées :

« Nous avons pu constater que la plupart des objectifs n'ont pu être atteints et cela en raison de l'état de santé et de l'intensité de la souffrance physique de Madame W._____. Sa motivation à participer l'a poussée presque au-delà de ses limites. Il est évident que sa capacité de travail de 75% annoncée au départ n'est pas du tout d'actualité.

La mesure à [...] aura eu l'avantage de le mettre en lumière ainsi que d'amener Madame W._____ à envisager un nouveau soutien psychologique. Malgré son courage et sa persévérance, nous sommes quelque peu inquiets pour son intégrité car elle a évoqué à plusieurs reprises la possibilité de mettre fin à ses jours, le degré et la continuité de la douleur physique n'étant plus supportable pour elle. »

Selon un rapport du 13 novembre 2013, le Dr F._____ a fait état de la mise en place d'un stimulateur définitif. Deux mois après l'intervention, la stimulation restait extrêmement efficace. L'assurée était nettement moins souffrante. Elle nécessitait une réadaptation qui était en cours et la poursuite du soutien psychologique dans la période de transition vers une amélioration de sa santé.

Par décision du 28 novembre 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée une indemnité journalière à partir du 15 juillet 2013 pour un montant de 96 fr. 75. Sous la rubrique « Remarques » de la décision, il était mentionné que le versement était directement fait sur le compte de la Caisse de pension [...] pour la période du 15 juillet au 30 septembre 2013.

Aux termes d'un rapport du 31 janvier 2014, la Dresse G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Mme Q._____, psychologue, ont posé le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, avec syndrome somatique, existant depuis février 2010 (épisode dépressif sévère). Le traitement avait débuté le 18 octobre 2013. Les thérapeutes ont retenu qu'au vu des douleurs persistantes dont l'assurée se plaignait, ainsi que de son état dépressif, elle ne pouvait faire face à une activité professionnelle. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : difficultés relationnelles, difficultés liées aux tâches administratives, difficultés pour maintenir l'hygiène personnelle, difficultés d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, difficultés dans les déplacements, apparition périodique de phases de décompensation, capacités mnésiques, de concentration, d'attention, d'organisation, de planification et d'adaptation au changement limitées.

Par décision du 28 juillet 2014, la Caisse de pension [...] a octroyé à l'assurée une pension de base, ainsi qu'une rente-pont AI, soit un montant mensuel de 2'042 fr. 20 dès le 1^{er} septembre 2014. Elle a en outre été informée, par courrier du 12 septembre 2014 de son employeur, de la cessation définitive de ses fonctions à partir de cette date.

Dans le formulaire de « Détermination du statut » de l'OAI, l'assurée a indiqué que son taux d'activité serait de 100 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

A teneur d'un rapport du 14 septembre 2015 adressé au conseil de l'assurée, la Dresse G._____ et Mme Q._____ ont confirmé leur précédent diagnostic et l'absence de capacité de travail, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Elles ont par ailleurs relevé ce qui suit :

« **3. Pouvez-vous décrire cliniquement les atteintes d'ordre psychique présentées par notre assurée ?**

Lors du dernier entretien du 10 septembre 2015, Madame W._____ présentait les symptômes suivants : une humeur déprimée, une irritabilité, des troubles du sommeil sous forme de réveils nocturnes avec ruminations incessantes concernant sa situation, des difficultés modérées à se concentrer et une diminution de l'énergie. A noter que son état fluctue en fonction des situations extérieures stressantes.

[...]

6. Comment la capacité de travail a-t-elle évolué depuis mai 2010 ?

La capacité de travail de la patiente est fluctuante, comme son état de santé psychique. Nous pouvons attester de sa capacité de travail depuis le début du suivi en octobre 2013. Madame W._____ a présenté un état psychique instable avec des symptômes dépressifs aggravés au mois de janvier 2014 et une nouvelle péjoration de son état de santé au mois de juillet 2014 avec des idées suicidaires. Suite à ces épisodes, une médication psychotrope a été introduite. Ainsi, Madame W._____ présentait une incapacité de travail à 100%. Son état de santé est resté fragile, durant l'année qui a suivi avec une nouvelle aggravation de son état au printemps 2015 sous forme de trouble du sommeil avec ruminations. En septembre 2015, nous pouvons mettre en évidence les symptômes décrits à la question 3. Ainsi, en raison de l'instabilité psychique, Mme W._____ se retrouve en incapacité de travail.

[...]

13. Quel est votre pronostic ?

Actuellement, Madame W._____ ne peut pas travailler car son état de santé est trop instable. Il est primordial qu'elle puisse se stabiliser sur une année au minimum afin que sa capacité de travail puisse être réévaluée. »

Fin 2015, un cancer du sein droit a été diagnostiqué chez l'assurée, soit un carcinome papillaire intraductal du quadrant supéro-interne, de bon pronostic, qui avait nécessité une mastectomie et biopsie du ganglion sentinelle axillaire homolatéral le 8 janvier 2016. Une reconstruction mammaire avait également été initiée et l'assurée avait séjourné au Centre M._____ du 8 au 15 janvier 2016, puis du 27 au 30 novembre 2016. La reconstruction nécessitait encore une intervention le 9 mai 2017.

Dans un rapport du 14 mars 2016, la Dresse G._____ et Mme Q._____ ont confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, ainsi que leurs conclusions sur la capacité de travail de l'assurée. Elles ont ajouté que les douleurs ressenties à la suite de

l'opération du 8 janvier 2016 ont eu pour effet de péjorer l'état de l'assurée.

Aux termes d'un rapport du 17 mars 2016, le Dr K. _____ s'est référé à ses précédents rapports, ainsi qu'aux autres documents médicaux relatifs à l'assurée. Il a réitéré l'arrêt de travail complet et continu depuis le 5 octobre 2012.

Selon un rapport du 21 avril 2016, le Dr F. _____ a indiqué que même si les douleurs de l'assurée avaient pu être réduites de moitié, cela ne la rendait pas valide. Elle restait sévèrement handicapée, autant sur le plan lombaire puisque la chirurgie avait été un échec, que sur le plan cervical où la cervicarthrose jouait un rôle majeur. Ce médecin souhaitait procéder à une nouvelle imagerie, mais le fait que l'assurée souffrait d'un cancer du sein et qu'elle avait un implant mammaire droit avec un aimant, empêchait une IRM.

Par arrêt du 14 juin 2016 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, rendu à la suite du recours déposé le 10 mars 2016 par l'assurée contre la décision du 5 février 2016 de l'OAI lui octroyant une rente d'invalidité entière du 1^{er} septembre 2011 au 30 juin 2012, puis un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2012, il a été constaté que l'OAI avait demandé le renvoi du dossier devant lui par courrier du 17 mai 2016 au vu de la nouvelle atteinte à la santé, soit le cancer du sein. Le recours était donc devenu sans objet.

L'OAI a repris l'instruction et fait verser au dossier les pièces médicales idoines.

Une IRM cervico-thoracique réalisée le 27 juillet 2016 n'a pas montré de sténose sous-clavière axillaire humérale gauche, ni de sténose à l'origine des vaisseaux de la gerbe aortique. Il n'y avait pas de masse pathologique visible.

A teneur d'un rapport du 10 novembre 2016, la Dresse G._____ et Mme Q._____ ont posé un diagnostic incapacitant supplémentaire de trouble obsessionnel compulsif, avec comportements compulsifs au premier plan. L'état de santé de l'assurée était fluctuant et le pronostic était réservé.

Sur mandat de l'OAI, l'assurée s'est soumise à une expertise pluridisciplinaire confiée au Centre C._____ de [...] (ci-après : le Centre C._____). Dans leur rapport du 13 juillet 2017, les Drs N._____, spécialiste en médecine interne générale, B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent, épisode moyen depuis octobre 2013, sévère avec symptômes psychotiques depuis fin octobre 2016, et de lombalgies basses chroniques après hémilaminectomie L4 et discectomie L4-L5 à gauche (mars 2011). On extrait les éléments suivants du rapport :

« **SYNTHÈSE ET DISCUSSION** »

[...]

Situation actuelle et conclusions

Sur le plan de la médecine interne, l'examen de ce jour est difficile à réaliser en raison des douleurs du rachis. La palpation abdominale est un peu douloureuse à la fosse iliaque gauche, sans cause organique précise. Sur le plan oncologique, le pronostic est favorable, le cancer, intracanalair, n'a pas nécessité de traitement oncologique autre que chirurgical. Quant à la reconstruction mammaire, une nouvelle intervention est prévue le 9 mai prochain. Le traitement n'étant pas totalement terminé, il faut considérer l'expertisée, actuellement comme totalement inapte à toute activité. La durée de l'incapacité dépendra du temps nécessaire à l'évolution de la prochaine intervention concernant la reconstruction mammaire (elle ne devrait, en principe, pas excéder 6 semaines). [...]

Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, [...]

La prise en charge, au cours de l'évolution, a été adéquate ; l'intervention du 19.09.2011 a été notamment pratiquée après mise en place des traitements médicaux. Quant à la neurostimulation débutée en 2013, elle est justifiée par la persistance de douleurs incapacitantes.

[...]

Sur le plan psychique, [...]

Ainsi, Madame W. _____ souffre d'un trouble dépressif récurrent, car il existe déjà deux épisodes sévères en 2008 et 2011 entré en rémission en janvier 2013. Un troisième épisode d'intensité moyenne survient en octobre 2013 en réaction au retour des douleurs vers la fin de la même année. Il se péjore dès le mois de juillet 2014 avec l'apparition d'idées suicidaires, et en particulier par l'apparition de symptômes obsessionnels compulsifs il y a six mois, devenant ainsi sévère.

[...]

Capacité de travail

Compte tenu des éléments psychiatriques versés au dossier, on peut retenir une incapacité de travail de 50% d'un plein temps depuis octobre 2013 en raison d'un épisode dépressif moyen dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent.

Comme expliqué précédemment, le cancer et ses conséquences ont aggravé l'état dépressif.

L'épisode dépressif devient sévère avec des symptômes psychotiques congruents à l'humeur depuis fin octobre 2016 et justifie une incapacité de travail de 100%.

REPONSES AUX QUESTIONS

[...]

2. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Sur le plan physique,

Pas de port de charges >10 kg, de mouvements en hyperflexion / hyperextension du tronc, de marche au-delà de 1 km, ni d'élévation du membre supérieur droit au-delà de 100°.

Sur le plan psychique et mental,

Capacités de concentration, d'attention, mnésiques, d'organisation, de planification, et d'adaptation au changement limitées.

Difficultés relationnelles, agressivité, bizarreries du comportement, difficultés dans la gestion des émotions, pragmatisme, difficultés liées aux tâches administratives, difficultés à maintenir l'hygiène personnelle, difficultés d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, difficultés dans les déplacements, difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne, difficultés d'organisation du temps, dans la reconnaissance de la maladie, hypersensibilité au stress, apparition périodique de phases de décompensation.

3. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

3.1 Comment agissent les troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Capacité de travail actuellement nulle dans l'activité d'aide-soignante telle qu'exercée en neurologie.

[...]

3.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail ? A quel taux ?

Selon la décision de l'AI : 12.12.2009 à 100% (puis 25% dès le 15.03.2012).

[...]

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

Oui

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

Jusqu'à fin septembre 2013, se référer aux limitations rhumatologiques. Dès lors, tenir compte des limitations psychiques suivantes:

Capacités de concentration, d'attention, mnésiques, d'organisation, de planification, et d'adaptation au changement limitées. Difficultés relationnelles, difficultés dans la gestion des émotions, difficultés liées aux tâches administratives, difficultés dans les déplacements, difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne, difficultés d'organisation du temps, hypersensibilité au stress, possible apparition périodique de phase de décompensation.

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

Une activité adaptée était exigible à 75% de mars 2012 à fin septembre 2013 puis à 50% jusqu'à fin octobre 2016.

4.3 Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non. Elle est incluse dans l'appréciation de la capacité de travail.

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

Depuis mars 2012.

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

Le délai entre le deuxième et le troisième épisode dépressif s'est réduit, et le trouble dépressif est resté chronique depuis octobre 2013 pour devenir sévère dès fin octobre

2016. La psychopathologie est actuellement sévère et le risque suicidaire est important. Dans un tel contexte, on ne peut envisager une activité adaptée. Une fois le risque suicidaire abaissé et le syndrome dépressif amélioré, l'on pourra, dans un premier temps, débiter une activité occupationnelle. »

Par décision du 1^{er} mars 2018, l'OAI a fixé le droit à la rente ordinaire mensuelle de l'assurée de la manière suivante :

- une rente entière du 1^{er} septembre 2011 au 30 juin 2012,
- un quart de rente du 1^{er} juillet 2012 au 31 décembre 2013,
- trois-quarts de rente du 1^{er} janvier 2014 au 31 juillet 2016,
- une rente entière dès le 1^{er} août 2016.

Selon l'OAI, une déduction de 29'411 fr. 10 devait être opérée sur le total à verser en faveur du CSR et il devait être tenu compte des indemnités journalières perçues du 15 juillet au 1^{er} novembre 2013.

B. Par acte du 17 avril 2018, W._____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation pour la période allant du 1^{er} juillet 2012 au 31 juillet 2016, en ce sens qu'elle a droit à une rente entière. Elle a en outre contesté le montant rétroactif dû au CSR de 29'411 fr. 10. Subsidiairement, l'assurée a conclu au renvoi de la décision à l'OAI pour nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir qu'elle n'avait jamais retrouvé une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée, en précisant qu'elle était aide-soignante certifiée et non pas aide infirmière. De plus, le raisonnement de l'OAI relatif aux différents taux pour le calcul de la rente n'était pas compréhensible. L'assurée a aussi contesté avoir reçu des indemnités journalières du 15 juillet au 1^{er} novembre 2013 en raison des opérations du dos subies à cette période et son incapacité à réaliser la mesure d'entraînement à l'endurance débutée le 15 juillet 2013. S'agissant du montant rétroactif à verser au CSR, la

décision ne reposait sur aucun décompte, ni base légale. Il n'était donc pas dû.

Dans sa réponse du 18 juin 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, en renvoyant principalement à l'expertise pluridisciplinaire du 13 juillet 2017. L'OAI a ajouté qu'il s'était fondé sur le rapport de l'employeur du 2 mai 2011 pour évaluer le revenu sans invalidité. L'office a en outre transmis un courrier du 17 mai 2018 de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, précisant le calcul du rétroactif et relevant l'incompétence de la Cour de céans à trancher le grief soulevé par la recourante à ce titre.

Répliquant le 27 juillet 2018, l'assurée a réitéré les arguments relatifs au montant rétroactif, en particulier le fait que la créance à l'égard du CSR n'était pas due, faute de preuve quant à l'existence de versements. L'OAI n'était dès lors pas valablement libéré de sa dette et ne pouvait payer directement en main du CSR. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal était en outre compétente pour examiner la question du montant rétroactif dès lors qu'elle devait vérifier si la preuve de l'existence de la créance avait été fournie afin de se déterminer sur les conditions d'application d'un éventuel versement de l'arriéré au tiers ayant fait une avance. L'assurée a par ailleurs nié disposer d'une voie de droit directe à l'encontre de l'auteur de l'avance pour contester le bien-fondé et le montant de la prétention en restitution. Concernant les différentes périodes de capacité de travail retenues par l'OAI, l'assurée a avancé que l'expertise du 13 juillet 2017 n'était pas probante, en particulier en raison des contradictions entre les conclusions de ladite expertise et le corps du texte. Une aggravation de l'état de santé était relevée en juillet 2014, sans que les experts en tiennent compte dans leurs conclusions par rapport à la capacité de travail de l'assurée. L'hospitalisation de janvier 2016 n'était pas non plus prise en considération dans la capacité de travail. Selon les rapports du Dr K._____ et de la Dresse G._____, il y avait lieu de retenir une incapacité de travail à 100 % dès le 18 octobre 2013.

Par duplique du 24 septembre 2018, l'OAI a confirmé les arguments déjà développés et transmis une copie du courrier du 22 août 2018 de la Caisse avec un décompte des montants versés à l'assurée.

Dans ses ultimes déterminations du 9 novembre 2018, l'assurée s'est référée à ses précédentes écritures.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En l'espèce, est tout d'abord litigieux le droit à la rente de la recourante pour la période allant du 1^{er} juillet 2012 au 31 juillet 2016.

b) La recourante nie également la réalisation des conditions d'application de la restitution en faveur du CSR, ainsi que l'existence d'une voie de droit directe pour contester la compensation. Ces questions peuvent rester ouvertes vu l'issue du litige (consid. 4 et 5 *infra*).

3. Il y a lieu d'examiner dans un premier temps la question du droit à la rente.

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

b) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou

échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

d) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

4. a) En l'espèce, la recourante estime avoir droit à une rente entière non seulement pour la période du 1^{er} septembre 2011 au 30 juin

2012, mais également à partir du 1^{er} juillet 2012, sans discontinuer. L'intimé a quant à lui retenu un quart de rente du 1^{er} juillet 2012 au 31 décembre 2013, puis trois-quarts de rente du 1^{er} janvier 2014 au 31 juillet 2016. Il s'est fondé sur l'expertise pluridisciplinaire du 13 juillet 2017, dont la recourante conteste les conclusions. Elle nie avoir une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée dès le 15 mars 2012, respectivement de 50 % dès le mois d'octobre 2013.

b) Les experts ont tout d'abord retenu une amélioration de l'état de santé de la recourante à partir de la mi-mars 2012 et estimé que la capacité de travail était de 75 %. Ils mentionnent dans leur rapport précité une référence à la décision de l'OAI pour définir le point de départ de l'amélioration. Cette date correspond aux pièces du dossier. En effet, la recourante a repris le travail dès février 2012 à 50 % (note téléphonique du 8 février 2012), puis à 70 % (entretien téléphonique du 7 mars 2012). Cette reprise est également confirmée par les certificats médicaux du Dr K._____, ainsi que son rapport du 27 juin 2012 qui indique qu'une activité adaptée est envisageable. La dépression n'avait pas d'effet sur la capacité de travail, ce qui a également été confirmé dans le cadre de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 14 janvier 2013 du SMR. De plus, la recourante n'avait plus de suivi psychiatrique, ni de traitement médicamenteux pour l'atteinte psychique vu l'amélioration de la situation (rapport du 5 janvier 2012 de la Dresse H._____ et du Dr L._____). Par conséquent, l'intimé était fondé à retenir une amélioration de l'état de santé et procéder à l'examen de la modification du droit à la rente à partir du 1^{er} juillet 2012.

A cela s'ajoute que la recourante ne démontre pas au degré de la vraisemblance prépondérante que le stage entrepris au mois de juillet 2012 a été interrompu en raison de ses atteintes à la santé. La note de suivi du 11 juillet 2012 indique plutôt que c'est l'absence de personnel pour prendre en charge la recourante qui a précipité la fin du stage. La recourante a en outre pu entreprendre une mesure de réinsertion à partir du 15 juillet 2013, qui a néanmoins pris fin de manière prématurée le 27 août 2013 (rapport du 24 septembre 2013).

c) La recourante s'est ensuite vu implanter un neurostimulateur au mois de septembre 2013. Les experts ont considéré que cette intervention était justifiée par la persistance de douleurs incapacitantes. Il ne ressort cependant pas du rapport d'expertise une aggravation de l'état de santé sur le plan somatique pour cette période. Les Drs N._____, B._____ et Z._____ ne font en effet pas état d'une éventuelle diminution de la capacité de travail en raison des douleurs ou de l'intervention subie, ce qui paraît étonnant dès lors qu'ils considèrent les douleurs comme incapacitantes. A cela s'ajoute que la recourante a dû interrompre la mesure débutée en juillet 2013 en raison de son état de santé (rapport du 24 septembre 2013). Cet élément tend également à démontrer une aggravation sur le plan somatique. L'expertise du 13 juillet 2017 ne se prononce toutefois pas sur ce point et évoque uniquement une péjoration sur le plan psychique à partir d'octobre 2013.

d) Sur le plan somatique toujours, les experts ont fait mention du cancer du sein diagnostiqué fin 2015 et des interventions subies en 2016. Ils admettent qu'au moment de l'expertise, la recourante était totalement inapte à toute activité, le traitement n'étant pas totalement terminé. Néanmoins, aucune indication ne figure dans l'expertise quant à une éventuelle diminution de la capacité de travail en raison de cette atteinte.

e) Sur le plan psychique, les Drs N._____, B._____ et Z._____ ont retenu une aggravation à partir d'octobre 2013, avec une capacité de travail à 50 % jusqu'à la fin du mois d'octobre 2016, moment à partir duquel l'incapacité était totale avec l'apparition de symptômes obsessionnels compulsifs. Selon les experts, la péjoration était due au retour des douleurs. Une nouvelle dégradation est relevée à partir de juillet 2014 avec l'apparition d'idées suicidaires. Le cancer et ses conséquences ont aussi aggravé l'état dépressif à teneur de l'expertise du 13 juillet 2017.

Toutefois, on constate que les experts ne nuancent pas une éventuelle variation de l'incapacité en fonction des aggravations, pourtant constatées, et n'exposent pas, à tout le moins, les raisons justifiant une absence de modification de la situation. Ils n'expliquent pas non plus quels motifs leur permettent d'estimer la capacité de travail à 50 % alors que les rapports de la Dresse G. _____ et de Mme Q. _____ indiquent une incapacité de travail totale (rapports des 31 janvier 2014, 14 septembre 2015, 14 mars et 10 novembre 2016). Ils ne discutent pas les raisons qui permettent de s'écarter de ces appréciations motivées. Le taux de 50 % n'est pas non plus expliqué au regard des nombreuses limitations fonctionnelles retenues.

f) Au vu de ce qui précède, l'expertise du 13 juillet 2017 ne saurait être considérée comme complète, ni suivie dans ses conclusions quant à la capacité de travail. Compte tenu des lacunes du rapport précité, l'intimé ne pouvait faire l'économie de demander à tout le moins un complément aux experts. En renonçant à toute mesure d'instruction supplémentaire, l'intimé a violé l'art. 43 al. 1 LPGA. A ce stade, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il incombe à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction idoines aux fins d'éclaircir le droit aux prestations de la recourante.

Il n'y a pour le reste pas lieu de traiter les autres griefs de la recourante à propos de la détermination des revenus avec et sans invalidité. L'OAI pourra, s'il y a lieu, donner dans sa nouvelle décision les précisions complémentaires nécessaires à propos des éléments de calcul.

5. S'agissant des questions évoquées par la recourante concernant la compensation, soit le versement direct d'une partie des rentes à la CSR, ainsi que les indemnités journalières pour la période du 15 juillet au 1^{er} novembre 2013, elles peuvent demeurer ouvertes vu le renvoi de la cause à l'OAI. Tout au plus relèvera-t-on concernant les indemnités journalières que les décomptes ne figurent pas au dossier.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, ils doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Par décision de la juge instructrice du 18 avril 2018, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 avril 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Flore Primault. Cette dernière a produit sa liste des

opérations le 13 décembre 2018, faisant état de 22 heures et 10 minutes de travail, ainsi que 30 fr. 30 de débours.

A l'examen de cette liste, on constate que des mémos à la cliente ont été indiqués pour un total d'une heure et 10 minutes, ainsi que la prise de connaissance de courriers pour 35 minutes (courriers n'ayant pas d'annexes). Or, les mémos doivent être déduits dès lors qu'ils ne peuvent pas être pris en compte à titre d'activité déployée par l'avocat, ces éléments relevant d'un pur travail de secrétariat (notamment CACI 19 septembre 2018/536 ; CREC 3 septembre 2014/312 consid. 3c). La prise de connaissance de courriers dépourvus d'annexes ne prend en général que quelques secondes. Elle doit donc également être déduite s'agissant des simples courriers provenant de la Cour de céans. En définitive, l'indemnité d'office de Me Primault doit être arrêtée à 3'675 fr. pour ses honoraires, plus 30 fr. 30 pour ses débours et 285 fr. 30 de TVA au taux de 7.7 %, soit une indemnité totale de 3'990 fr. 60.

Cette indemnité étant partiellement couverte par les dépens à hauteur de 2'500 fr., le solde de 1'490 fr. 60 est provisoirement supporté par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ce dernier montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC et art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte du montant payé à titre de dépens.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 1^{er} mars 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, en tant qu'elle porte sur la période du 1^{er} juillet 2012 au 31 juillet 2016 et le décompte de

rentes, est annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W. _____ une indemnité de dépens fixée à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).
- V.** L'indemnité d'office de Me Flore Primault est arrêtée, après déduction des dépens précités, à 1'490 fr. 60 (mille quatre cent nonante francs et soixante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La recourante est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenue au remboursement de l'indemnité de conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Flore Primault (pour W. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :