

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 juillet 2020

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

Mmes Pasche et Dessaux, juges

Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

---

**Art. 16 LPGA et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, a travaillé comme auxiliaire de santé pour la B.\_\_\_\_\_ (EMS) au taux d'activité de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> juin 2012.

Au mois de janvier 2014, l'assurée a présenté une incapacité de travail totale, puis de 50 % depuis le mois de février 2014.

C.\_\_\_\_\_ AG a pris en charge le cas et versé des indemnités journalières.

Le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a commandé une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire. Effectué le 28 février 2014, cet examen n'a pas permis d'expliquer les lombosciatalgies droites. L'imagerie a montré une petite hernie discale médiane paramédiane à gauche au niveau des vertèbres L4-L5 engendrant un discret rétrécissement en amont du trou de conjugaison des vertèbres L4-L5 et se rapprochant de la racine de la vertèbre L5 à gauche, ainsi qu'une petite lame de liquide au niveau des articulations interfacettaires postérieures dans le territoire des vertèbres L4-L5.

Le 29 septembre 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de douleurs au dos, aux hanches et aux genoux.

L'assurée a complété le formulaire « détermination du statut » de l'OAI le 14 octobre 2014. Elle a expliqué que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle effectuerait une activité à un taux de 100 % en tant qu'auxiliaire de santé.

Dans un rapport du 16 avril 2014, la Dre E.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a fait état d'un contexte algique qui ne cessait de

s'aggraver au cours des mois, voire des années et qui touchait le rachis et les deux membres inférieurs. Elle a expliqué que l'évolution était « plutôt favorable » en ce qui concernait les lombosciatalgies, relevant la disparition des phénomènes en faveur de compressions radiculaires. La Dre E.\_\_\_\_\_ a constaté que l'IRM du 28 février 2014 confirmait cette bonne évolution avec la régression des images herniaires et la présence d'une petite hernie discale médiane paramédiane gauche. Ces éléments ne correspondaient pas à la symptomatologie relatée par l'assurée qui souffrait davantage à droite et absolument pas dans le territoire des vertèbres L4-L5 ou S1. Elle a estimé la capacité de travail à 50 % en raison des symptômes rhumatologiques et des céphalées. Le 12 mai 2014, à l'issue de l'examen du bilan biologique, la Dre E.\_\_\_\_\_ a exclu une véritable orientation rhumatismale inflammatoire. Elle a estimé que la tendance anémique très nette avec un fer sérique bas, un manque de vitamine D et un taux de cholestérol à surveiller participaient à une altération complète de l'état général et à l'accentuation des symptômes.

Dans un rapport du 6 août 2014 à C.\_\_\_\_\_ AG, le Dr D.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombalgies sur trouble dégénératif avec discopathies au niveau des vertèbres L4-L5 et L5-S1 et protrusion paramédiane gauche au niveau des vertèbres L4-L5, de gonarthrose débutante fémoro-tibiale interne droite et fémoro-patellaire des deux côtés, d'obésité (BMI de 31.5 en 2010), d'infections urinaires à répétition et d'hyper-laxité ligamentaire constitutionnelle. Il a précisé que, sur le plan physique, il n'y avait « que peu d'éléments objectivables ». Il a estimé que l'activité habituelle était exigible à un taux de 50 %

A la demande de C.\_\_\_\_\_ AG, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de cette caisse, a examiné l'assurée. Dans son rapport du 8 septembre 2014, il a estimé que la capacité de travail de l'intéressée était limitée à 50 % pour une durée indéterminée. Il a mis en évidence que l'aptitude physique au travail et aux tâches ménagères se limitait aux actions ne nécessitant aucun port de charge ni de station debout ou assise prolongée (environ 20 minutes).

Dans un rapport du 3 novembre 2014 à l'OAI, le Dr D. \_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail retenus dans son rapport adressé le 6 août 2014 à C. \_\_\_\_\_ AG. Il a indiqué que l'assurée avait des difficultés à monter et descendre les escaliers, à porter des charges lourdes, à se baisser et à effectuer les soins et les toilettes des résidents de l'EMS où elle travaillait. Il a confirmé une capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle.

Le 10 novembre 2014, la B. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que le salaire annuel de l'assurée s'élevait à 51'610 fr. depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Le 20 mars 2015, sur la base d'un examen par son médecin-conseil, C. \_\_\_\_\_ AG a estimé que l'assurée présentait une capacité de travail de 80 % dans son activité pour la B. \_\_\_\_\_ et interrompu le service de ses prestations dès le 30 mars 2015.

L'assurée a bénéficié d'un bilan de compétence auprès de l'U. \_\_\_\_\_ du 28 avril au 5 juin 2015 (cf. communication de l'OAI du 17 mars 2015). A l'issue de ce bilan, l'U. \_\_\_\_\_ a proposé soit un changement d'orientation vers un poste en stérilisation, soit un passage au CMS, moins exigeant physiquement qu'un EMS, associé à un poste de représentante dans la vente lui permettant de gérer ses horaires plus librement (rapport du 5 juin 2015).

Le 22 septembre 2015, le Dr D. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas de changements particuliers. Il avait renvoyé sa patiente auprès du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui avait conclu à une chondropathie interne avec une arthrose débutante et prescrit un traitement antalgique et conservateur. Il a relevé une aggravation de l'état anxio-dépressif à la suite de la séparation entre l'assurée et son mari. Il a estimé que si sa patiente avait repris son activité à 100 %, sa capacité de travail n'excédait pas le taux de 50 %. Pour le médecin traitant, les limitations fonctionnelles étaient dues aux lombalgies et aux gonalgies.

En raison de la persistance des douleurs, l'assurée a démissionné de la B. \_\_\_\_\_ le 21 octobre 2015.

Le 6 septembre 2016, la Dre H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lésions ostéochondrales au niveau externe des deux genoux, de lombalgies sur troubles dégénératifs avec discopathies au niveau des vertèbres L4-L5 et L5-S1, de protrusion paramédiane gauche au niveau des vertèbres L5-S1. Elle a fait état d'une évolution défavorable, avec accentuation des douleurs aux genoux et apparition de coxalgies. Elle a estimé la capacité de travail dans l'activité habituelle à un taux de 50 %, indiquant que sa patiente avait des difficultés à se baisser et n'était plus en mesure de porter des charges supérieures à 5 kg. Elle ne pouvait plus travailler en position accroupie et à genoux et ne pouvait plus monter des escaliers. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance n'étaient pas limitées.

Dans un rapport du 3 octobre 2016, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux chronique avec syndrome fémoro-patellaire bilatéral, de gonarthrose bilatérale débutante aux niveaux fémoro-tibial externe et fémoro-patellaire, de *genu valgum*, de lombalgies sur troubles dégénératifs avec discopathie au niveau des vertèbres L4/L5 et L5/S1, de protrusion paramédiane gauche au niveau des vertèbres L4/L5 et de déconditionnement physique global et focal avec obésité. Le Dr I. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait encore travaillé pendant deux semaines à 100 % à partir de la mi-août 2016, période pendant laquelle elle avait décompensé et avait à nouveau été mise en incapacité de travail par sa médecin traitante. Il a estimé que dans un poste de travail adapté (permettant l'alternance de positions assises/debout régulières, n'exigeant pas de ports de charges réguliers de plus de 5 à 10 kg, ne demandant pas de positions en porte à faux et n'impliquant pas la montée/descente d'escaliers en continu et la marche régulière en terrains accidentés), l'assurée pouvait travailler à un taux de 50 % et que ce taux pourrait être progressivement augmenté jusqu'à

80 %. Il a toutefois réservé son avis, recommandant une expertise pour déterminer la capacité de travail, avec notamment un volet psychiatrique.

L'assurée a commencé un travail d'auxiliaire de soins au taux d'activité de 60 % pour le CMS K.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017 pour un salaire annuel brut à 100 % de 51'525 fr., treizième salaire en sus.

Le 22 mai 2018, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, ont fait état d'un syndrome léger d'apnées du sommeil (hypopnées obstructives) à prédominance positionnelle et d'un syndrome des jambes sans repos.

L'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire confiée aux Drs JA.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et JB.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, du centre J.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 7 novembre 2018, les Drs JA.\_\_\_\_\_ et JB.\_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), de gonarthrose débutante fémoro-tibiale interne droite et de lombalgies sur troubles dégénératifs avec discopathies L4-L5 et L5-S1. Sans incidence sur la capacité de travail, ils ont décrit une obésité (IMC 39.4) et une légère tendinopathie de l'épaule droite. Ils ont exposé ce qui suit :

« (...)

1.1.d.6 Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

La personne assurée dispose pleinement de ses capacités de jugement et de discernement. Le contact avec la réalité est sans faille. Elle vit son affection comme une injustice et se trouve impuissante et résignée devant l'évolution de ses douleurs impossibles à soulager. Elle a des capacités sociales développées, actuellement entravées par ses douleurs et la perte de l'estime de soi dans un contexte de gain de 30 kg dans le cadre de divers traitements (corticoïdes, antidépresseurs tricycliques). Elle éprouve d'importantes difficultés à gérer son image de femme, image meurtrie.

Malgré ce qui précède, elle maintient son travail de soins à domicile à 60 %, en soi avec une importante vocation sociale et qui exige des capacités de nouer et préserver de multiples contacts avec les clients.

1.1.d.7 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

- Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue psychiatrique, la personne assurée présente une irritabilité et des ruminations par rapport à son évolution somatique, avec fatigabilité, qui peuvent se montrer gênantes dans le cadre d'un travail aux responsabilités magistrales comme les soins.

Sur le plan rhumatologique, la personne assurée est capable d'effectuer un travail en alternant les positions assise et debout selon besoin, mais évitant les stations debout prolongées. Elle peut porter jusqu'à 10 kg. Une activité dans une position agenouillée ou accroupie devrait être évitée ainsi que des activités demandant une sécurité augmentée comme monter sur des échafaudages ou des échelles. De plus, des activités avec une posture forcée ou penchée en avant, devraient être évitées à cause des lombalgies.

- Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue psychiatrique, la personne assurée rejoint pleinement toute proposition de traitement qui pourrait améliorer son état, qu'il s'agisse d'un traitement somatique ou psychique. Il n'y a pas de restriction psychique pour une quelconque thérapie.

Du point de vue rhumatologique, le profil d'effort devrait rester inchangé. Le pronostic paraît favorable. La personne assurée peut tout à fait continuer son activité professionnelle.

#### 1.1.d.8 Contrôle de cohérence

- Comparaison des niveaux de limitations des activités dans tous les domaines

Du point de vue psychiatrique, dans le cas de la personne assurée, aucune thérapie psychiatrique ciblée n'a été instaurée.

Sur le plan rhumatologique, la personne assurée peut poursuivre son travail d'auxiliaire de vie sans trop de restrictions, si ce n'est l'évitement des positions prolongées accroupie ou agenouillée sur son genou droit ainsi que le port de charge de plus de 10 kg pour éviter des exacerbations des lombalgies.

- Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique

Du point de vue psychiatrique, il n'y a pas de divergence.

Du point de vue rhumatologique, il existe manifestement une exagération des symptômes avec une autolimitation de la personne assurée, d'autant plus que l'entretien s'est déroulé durant plus de 45 minutes durant lesquelles la personne assurée est restée assise sans difficulté et sans demander à se lever. Elle se plaignait de temps en temps d'avoir mal au dos mais ne s'est pas levée pour se soulager. Elle s'est déplacée de la salle d'attente à la salle d'examen sans aucune difficulté ainsi que de la chaise à la table d'examen. Toutefois, elle a grimacé lors de l'examen et surtout lors de la recherche des mouvements de limitation des amplitudes et à la recherche du Lasègue.

La personne assurée est capable de se concentrer, elle conduit sa voiture, éléments qui lui ont été signalés. Elle se plaignait de douleurs diffuses mais parvenait à se déplacer et conduisait sans trop de difficultés. La personne assurée a précisé qu'elle ne conduit

pas sur de longs trajets mais uniquement sur de courts trajets, pas plus de 40 ou 50 km.

Quelques différences insignifiantes existent dans les anamnèses et dans les dates et les lieux de travail entre 1989 et 2016. La personne assurée travaillait dans divers lieux, accomplissant diverses tâches du genre employé d'expédition, vente (Herbalife), en boucherie, patrouilleuse scolaire. Elle a arrêté son travail pour se consacrer à sa famille entre 2003 et 2013. À noter que la personne assurée a obtenu un certificat de la Croix-Rouge et travaillait dans le domaine des soins à domicile.

Ces différences n'influencent pas le taux de la capacité de travail du point de vue consensuel.

- Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation

Du point de vue psychiatrique, il n'y a pas d'élément d'autolimitation, d'exagération ou simulation.

Du point de vue rhumatologique, il existe manifestement une autolimitation sans exagération ou simulation avérée ou ressentie.

#### 1.1.d.9 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Rétrospectif

Sans rapport psychiatrique, la capacité de travail aurait théoriquement été de 100 % jusqu'à la date de l'expertise. A partir du jour de l'expertise, la capacité de travail est estimée être de 80 %.

Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail a été de 0 % du 12.02.2014 au 16.03.2014 et de 80 % dès le 17.03.2014 (rapport du 10.04.2014 de la Dresse E. \_\_\_\_\_, comme déjà mentionné pour le jugement de la capacité de travail de 50 %, la Dresse E. \_\_\_\_\_ a probablement également pris en considération les plaintes subjectives de la personne assurée.). Il y a une diminution de 20 %, car l'activité d'auxiliaire de vie ne correspond pas tout à fait au profil d'effort, p.ex. pour les personnes lourdes et invalides, la personne assurée partage cette tâche avec une collègue, surtout lorsqu'il s'agit de faire une toilette complète.

Par conséquent, la capacité de travail du point de vue consensuel a été de 80 % à partir du 17.03.2014 et de 60 % à partir du jour de l'expertise (limitation de l'horaire à 6.5 h/jour en raison de limitations liées à une dépression moyenne avec un rendement de 80 % car l'activité d'auxiliaire de vie ne correspond pas tout à fait au profil d'effort, p.ex. pour les personnes lourdes et invalides, la personne assurée partage cette tâche avec une collègue, surtout lorsqu'il s'agit de faire une toilette complète).

- Actuel

Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail est de 60 % (limitation de l'horaire à 6.5 h/jour en raison de limitations liées à une dépression moyenne avec un rendement de 80 % car l'activité d'auxiliaire de vie ne correspond pas tout à fait au profil d'effort, p.ex. pour les personnes lourdes et invalides, la personne assurée partage cette tâche avec une collègue, surtout lorsqu'il s'agit de faire une toilette complète).

- Évolutif/Pronostic

Du point de vue psychiatrique, avec un traitement optimal, la capacité de travail devrait être à 100 % dans un mois.

Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail devait évoluer de façon favorable et le taux d'activité devrait rester à 80 %.

Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail devrait être de 80 % dans un mois.

#### 1.1.d.10 Capacité de travail dans une activité adaptée

- Rétrospectif

Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail dans une activité adaptée a toujours été de 100 % peut-être avec des arrêts de travail ponctuels, mais pas de longue durée.

Sans rapport psychiatrique, la capacité de travail aurait théoriquement été de 100 % jusqu'à la date de l'expertise. A partir de ce jour, la capacité de travail est de 80 %.

- Actuel

Du point de vue psychiatrique : 80 % (6.5 h/jour).

Du point de vue rhumatologique : 100 %.

Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail est de 80 % (6.5h/jour sans diminution de rendement).

- Évolutif/Pronostic

Du point de vue interdisciplinaire, avec un traitement psychiatrique optimal, la capacité de travail devrait être à 100 % dans un mois.

#### 1.1.d.11 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale [les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout]

Dans ce cas, les incapacités de travail dans l'activité antérieure définies dans chaque expertise spécialisée s'additionnent, car la limitation de l'horaire à 6.5 h/jour est liée à une dépression moyenne et la diminution du rendement de 20 %, car l'activité d'auxiliaire de vie ne correspond pas tout à fait au profil d'effort, p.ex. pour les personnes lourdes et invalides, la personne assurée partage cette tâche avec une collègue, surtout lorsqu'il s'agit de faire une toilette complète.

#### 1.1.d.12 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Les options thérapeutiques individuelles préconisées pour la personne assurée ont été décrites dans chaque expertise spécialisée dans la rubrique des options thérapeutiques envisageables.

Si elles peuvent améliorer sensiblement la capacité de travail d'un point de vue interdisciplinaire, il convient de spécifier :

- La durée du traitement

Du point de vue psychiatrique, la durée du traitement ne peut pas être évaluée et dépend de facteurs individuels de chaque personne.

Du point de vue rhumatologique, il n'y a pas de mesure médicale pouvant améliorer la capacité de travail dans l'activité auxiliaire. La personne assurée peut poursuivre le traitement qu'elle prend.

- Le degré de succès prévisible

Un traitement antidépresseur accompagné d'un suivi individuel pourrait avoir des effets favorables dans un délai idéalement estimé à un mois.

- Les éventuelles raisons médicales (risques) qui plaideraient contre la thérapie proposée

Néant. »

Dans un rapport du 13 décembre 2018, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a souscrit aux conclusions de l'expertise susmentionnée, considérant que celle-ci présentait une pleine valeur probante. Il a confirmé que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 60 % dans son activité habituelle, mais d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions, sans manipulations de charges de plus de 7 à 10 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, activité en milieu tempéré, à heures fixes et répartie sur 5 jours ouvrables). Sur la base de l'expertise, il a arrêté la date à laquelle la réadaptation était exigible au 17 mars 2014.

Le 5 février 2019, la B.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que si l'assurée avait continué son activité de façon ininterrompue, elle aurait perçu, au mois de décembre 2018, un salaire mensuel brut de 4'266 francs.

Par décision du 9 mai 2019, confirmant un projet de décision du 12 mars 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a expliqué qu'à l'issue du délai d'attente d'une année, l'intéressée présentait une capacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle d'auxiliaire de santé et de 80 % dans une activité adaptée. La comparaison des revenus sans invalidité (51'816 fr. 44) et avec invalidité (43'811 fr. 84) aboutissait à un degré d'invalidité de 15,44 % (cf. aussi

rapport REA du 6 mars 2019), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles.

**B.** Par acte du 17 mai 2019, A.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans, en concluant implicitement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 50 % et de mesures professionnelles. Elle a contesté son aptitude à travailler au taux de 60 % dans son activité habituelle, l'estimant à 50 %. Se prévalant de son arrêt de travail à 100 % durant sept mois, elle a fait grief à l'intimé d'avoir retenu une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à cette période. Elle a allégué que le degré d'invalidité s'élevait à 50 %. La recourante a indiqué qu'elle recherchait un travail plus léger que celui qu'elle occupait au CMS et a demandé l'aide de l'OAI pour ce faire.

Dans sa réponse du 11 juillet 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il s'est référé aux conclusions des experts du centre J.\_\_\_\_\_ qui revêtaient selon lui une pleine valeur probante.

Par réplique du 5 août 2019, la recourante a implicitement maintenu ses conclusions. Elle a indiqué être suivie par différents médecins qui investiguaient son état de santé. Elle a affirmé qu'elle souffrait d'un syndrome des jambes sans repos qui l'empêchait de dormir et de récupérer. Elle a allégué être victime de malaises en cours d'investigation. La recourante a indiqué qu'un by-pass serait bientôt mis en place sans préciser la date de l'opération. Elle a aussi produit une déclaration de son compagnon et annoncé un rapport de sa médecin traitante.

Le 29 août 2019, l'intimé a dupliqué, maintenant ses conclusions.

Le 30 août 2019, la Dre H.\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente souffrait d'une gonarthrose bilatérale sans indication chirurgicale. Elle a

précisé qu'elle avait commandé une nouvelle IRM en raison de l'apparition d'une hypoesthésie au pied gauche. Cette imagerie a montré une protusion discale bifocale au niveau des vertèbres L4-L5 postéro-médiane à paramédian à gauche, un probable contact radiculaire au niveau de la vertèbre L5 et une arthrose facettaire postérieure débutante au niveau des vertèbres lombaires. Elle a relevé que l'imagerie était stable, malgré une clinique détériorée. Elle a expliqué qu'un by-pass était envisagé.

Le 4 novembre 2019, l'intimé s'est déterminé et a confirmé ses conclusions. Il a produit un nouvel avis SMR du 30 septembre 2019. Le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, y estimait que le rapport précité de la Dre H.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément nouveau et confirmait que la recourante continuait de travailler dans une activité inadaptée à son état de santé. L'intimé a également produit une nouvelle évaluation du degré d'invalidité selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) qui révélait un degré d'invalidité de 17,36 % fondé sur un revenu d'invalidé pour une activité légère de 44'279 fr. 06. Le recours à l'ESS se justifiait au motif suivant (calcul REA du 30 octobre 2019) :

« (...) Contrairement à une idée reçue, le travail d'aide-soignante à domicile n'est pas plus léger que celui effectué en EMS, mais plus lourd du fait des soins à effectuer seule dans des aménagements parfois exigus des logements qui imposent des positions contraignantes. (...) »

### **E n d r o i t :**

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

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

**2.** Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité et à des mesures professionnelles, singulièrement le degré d'invalidité à la base de ces prestations.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 4.1).

**c)** Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée : TF 9C\_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**e)** Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**5. a)** En l'espèce, l'intimé retient que la recourante présente une capacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle d'auxiliaire de santé et de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce que l'intéressée conteste.

**b) aa)** S'agissant des troubles ostéo-articulaires dont souffre la recourante, les conclusions de l'expertise bidisciplinaire réalisée auprès du centre J.\_\_\_\_\_ sont convaincantes. Les experts admettent que l'intéressée pouvait poursuivre son travail d'auxiliaire de vie à condition d'éviter les positions prolongées accroupie ou agenouillée et le port de charge de plus de 10 kg pour éviter d'exacerber les lombalgies. En revanche, les symptômes décrits étaient manifestement exagérés avec une autolimitation. Sur le plan rhumatologique, les experts admettent une diminution de 20 % de la capacité de travail dans l'activité habituelle du fait que celle-ci ne correspond pas tout à fait au profil d'effort de la recourante (personnes lourdes et invalides, toilette complète).

Les conclusions des experts ne divergent pas des autres rapports médicaux au dossier, ce qui reflète une stabilité des troubles ostéo-articulaires depuis le début de l'instruction menée par l'intimé. Dans ses rapports des 6 août et 3 novembre 2014, le Dr D.\_\_\_\_\_ estimait la capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle en raison des difficultés à monter et descendre les escaliers, à porter des charges lourdes, à se baisser et à effectuer les soins et les toilettes des résidents de l'EMS où elle travaillait. Le médecin-conseil de C.\_\_\_\_\_ AG, le Dr F.\_\_\_\_\_ a initialement tiré les mêmes conclusions dans son rapport du 8 septembre 2014. Une année plus tard, le Dr D.\_\_\_\_\_ a confirmé son estimation de la capacité de travail de l'intéressée après l'examen de cette dernière par un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Nouvellement consultée par la recourante, la Dre H.\_\_\_\_\_ a estimé le 6 septembre 2016 que celle-ci présentait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, indiquant que sa patiente avait des difficultés à se baisser et n'était plus en mesure de porter des charges supérieures à 5 kg, de travailler en position accroupie et à genoux et de monter des escaliers. Quant au

Dr I.\_\_\_\_\_, il a estimé que, dans un poste de travail adapté, sa patiente pourrait progressivement augmenter son taux d'activité de 50 % à 80 % (rapport du 3 octobre 2016). Les conclusions des experts s'agissant de la capacité de travail sur le plan rhumatologique sont donc comparables à celles des médecins ayant suivi la recourante. Le rapport du 30 août 2019 de la Dre H.\_\_\_\_\_, produit dans le cadre de la présente procédure, ne montre pas d'évolution depuis l'IRM de 2015 sur laquelle les experts se sont appuyés dans le cadre de leur rapport. Quant à l'aspect clinique, l'évaluation de la généraliste traitante n'est pas propre à jeter un doute sur les constatations objectives des experts qui décrivent une incohérence entre les plaintes exprimées par la recourante et les observations faites en entretien (absence de comportement algique notable). Il convient de rappeler que tant la Dre E.\_\_\_\_\_ (rapport du 16 avril 2014) que le Dr D.\_\_\_\_\_ (rapport du 6 août 2014) avaient déjà relevé des discordances entre les plaintes de leur patiente et les atteintes à la santé visibles sur l'IRM. Le rapport du 30 août 2019 a au demeurant confirmé que la recourante continuait de travailler à 60 % dans une activité qui n'était pas adaptée de l'avis du SMR (cf. avis du 30 septembre 2019), ce que l'intéressée a implicitement confirmé dans ses écritures en indiquant être à la recherche d'une activité plus légère.

**bb)** S'agissant du surpoids, les experts ont relevé que celui-ci n'avait pas de répercussion quant à la capacité de travail, ce qui peut être confirmé en vue de la reprise d'une activité légère adaptée. La mise en place d'un by-pass comme indiqué par la Dre H.\_\_\_\_\_ (rapport du 30 août 2019) apparaît propre à améliorer l'état de santé de la recourante sur ce plan. Au demeurant, l'opération en question et la convalescence en découlant n'entraîneront pas d'incapacité de travail durable, de sorte qu'aucune investigation supplémentaire sur ce point ne se justifie.

**cc)** Aucun élément au dossier n'atteste des malaises allégués par la recourante dans sa réplique du 5 août 2019. Du reste, les médecins traitants successifs n'ont pas prescrit de consultation spécialisée en neurologie et cette question n'est pas abordée dans le cadre de la

polysomnographie (rapport du 22 mai 2018). Faute de substrat organique, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction sur ce plan.

**dd)** Enfin, le rapport du 22 mai 2018 des Drs M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ne met pas en évidence de limitations fonctionnelles dans le domaine de spécialité de ces médecins.

**dd)** En définitive et sur le plan somatique, la recourante n'a mis en évidence aucun élément qui aurait été ignoré ou mal apprécié par les experts.

**c)** Sur le plan psychique, le Dr D.\_\_\_\_\_ a évoqué une atteinte à la santé dans son rapport du 22 septembre 2015 (état anxio-dépressif). A sa suite, le Dr I.\_\_\_\_\_ a estimé qu'une expertise psychiatrique se justifiait. Reste qu'avant l'examen par le Dr JA.\_\_\_\_\_, aucune pièce au dossier n'atteste de consultation chez un psychologue ou un psychiatre.

Il n'y a pas lieu de s'écarter du contenu et des conclusions de l'expertise du centre J.\_\_\_\_\_ en ce qui concerne l'aspect psychiatrique. Celle-ci remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les conclusions rendues résultent d'une analyse fine et complète de la situation médicale, tant objective que subjective. Elles reposent sur une anamnèse complète, contenant notamment une description précise et exhaustive du status psychiatrique de la recourante et de son quotidien. Le tableau dépressif dressé par le Dr JA.\_\_\_\_\_ est conforme aux critères de la CIM-10. L'appréciation du cas est développée à satisfaction et se révèle convaincante. Les experts exposent de manière circonstanciée les répercussions de la pathologie retenue sur la capacité de travail de l'intéressée. Les indicateurs pertinents montrent que l'atteinte à la santé psychique est réelle. Ainsi, l'expert décrit une fatigabilité accrue, justifiant une diminution de rendement dans toute activité. Il a observé à cet égard que les somaticiens consultés avaient également identifié cette problématique, sans toutefois recommander de consultation

psychiatrique. Il a identifié un appauvrissement du réseau social et, sur le plan de la personnalité, d'importantes difficultés à gérer son image de femme, qualifiée d'image meurtrie. Même si la recourante a déclaré à l'expert être prête à suivre un traitement, ce dernier a décrit une résistance subjective à un traitement psychiatrique, mise sur le compte de préjugés culturels à l'égard de cette spécialité. Au surplus, rien au dossier ne permet de mettre en doute les conclusions prises par les experts, la recourante mettant son incapacité de travail sur le compte de la seule problématique ostéo-articulaire. Aussi convient-il de confirmer la diminution de rendement de 20 % en raison de l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique.

**d)** En conclusion, la recourante présente une capacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle et de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions, sans manipulations de charges de plus de 7 à 10 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, activité en milieu tempéré, à heures fixes et répartie sur 5 jours ouvrables) du fait d'une diminution de rendement de 20 % en raison de l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (rapport J.\_\_\_\_\_ du 7 novembre 2018 ; rapport SMR du 13 décembre 2018). Les critiques émises par la recourante dans le cadre de la procédure ne permettent pas, faute d'être étayées par des éléments concrets et objectifs, de remettre en cause les constatations des experts et du SMR. Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter de leurs conclusions convaincantes, lesquelles remplissent les exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante.

**6. a)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera,

sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**b) aa)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

**bb)** Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

**cc)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**dd)** L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

**7. a)** Au stade de sa décision du 9 mai 2019, l'intimé s'est référé au rapport REA du 6 mars 2019 pour évaluer le degré d'invalidité. Il a retenu que la recourante présentait une capacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle d'auxiliaire de santé en EMS et de 80 % dans une activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire, principalement en position assise, adaptée aux limitations fonctionnelles (alternance des positions, pas de port de charges de plus de 7 à 10 kg, pas de déplacement en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur ou sur échelle, pas de travail à genou et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenue en porte à faux, pas de flexion-rotation répétée du tronc, activité en milieu tempéré, à heures fixes et répartie sur 5 jours ouvrables). Considérant que l'activité d'auxiliaire de santé au CMS était adaptée, l'intimé a calculé le degré d'invalidité pour 2015, année de l'ouverture du droit à la rente. Il a retenu un revenu sans invalidité de 51'816 fr. 44 (salaire à un taux de 100 % réalisé auprès du dernier employeur) et un revenu d'invalidité de 43'811 fr. 84 (revenu réalisé auprès du CMS [...] dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017, rapporté à 2015 et à un taux d'activité de 80 %). Il a retenu un préjudice économique de 8'004 fr. 60, soit un degré d'invalidité de 15,44 %. Ce résultat, vérifié d'office, n'ouvrait ni le droit à la rente ni de droit aux mesures professionnelles.

**b)** Dans ses déterminations du 4 novembre 2019, l'intimé a revu sa position en considérant que le travail d'aide-soignante dans un CMS n'était pas plus léger que celui effectué en EMS (cf. calcul REA du 30 octobre 2019). Cela peut être confirmé dans la mesure où la recourante admet elle-même que l'activité au CMS est trop lourde.

Dès lors, l'intimé s'est, à juste titre, référé à l'ESS pour définir le revenu d'invalidé (cf. calcul REA du 30 octobre 2019). Dans le cas présent, le salaire de référence pour des femmes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), était, en 2016, de 4'363 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, tableau TA1\_skill-level, niveau de compétence 1), soit 44'279 fr. 06 au taux de 80 % après indexation pour 2017 (0,4 %), 2018 (0,5 %) et 2019 (0,5 %) et compte tenu de la durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures dans les entreprises en 2019 (cf. tableau Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique et tableau T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2019, tous deux établis par l'OFS).

L'office intimé a estimé qu'un abattement sur le revenu d'invalidé ne se justifiait pas dès lors que l'estimation de la capacité de travail faite par les experts tenait déjà compte des limitations fonctionnelles, ce qui peut être confirmé. Au demeurant aucun autre facteur spécifique (cf. consid. 6b/dd ci-dessus) ne peut justifier un abattement en l'espèce.

**d)** Sur le vu de ce qui précède, la perte de gain s'élève à 9'302 fr. 04 (53'581 fr. 10 - 44'279 fr. 06) et le degré d'invalidité à 17,36 %. En présence d'un préjudice largement inférieur à 40 %, le droit à la rente n'est pas ouvert (cf. art. 28 al. 2 LAI). Ce degré d'invalidité est également insuffisant pour permettre à la recourante de bénéficier de mesures professionnelles, octroyées en présence d'une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

**8. a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de 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) qui doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 9 mai 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- A.\_\_\_\_\_ (recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :