

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 juillet 2022

Composition : M. NEU, président
M. Küng et Mme Silva, juges assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par PROCAP Suisse, en la
personne de Me Séverin Tissot-Daguette,

et

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

Art. 28 LAI ; 87 RAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, veuve depuis juin 2013, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 17 juillet 2015, faisant état d'une surcharge psychique. Elle s'était retrouvée en totale incapacité de travail à partir du 3 novembre 2014 dans son activité d'ergothérapeute, qu'elle exerçait à 90 %, puis avait pu reprendre son travail à mi-temps dès le 6 avril 2015.

Dans un rapport du 22 janvier 2015, le Dr H._____, médecin généraliste traitant, a fait état de l'apparition progressive chez l'assurée, depuis septembre 2014, d'une fatigue, de troubles visuels, de troubles de la concentration et de troubles neurologiques (trémor, mouvements involontaires, difficulté à la marche). Il la décrivait comme une personne angoissée et déprimée, et suspectait des pensées délirantes.

Dans un rapport du 25 février 2015 du Centre S._____, le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques (F23.1) et comme diagnostic différentiel une schizophrénie paranoïde. Dans un rapport du même centre du 4 juin 2015, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'évolution de l'épisode psychotique aigu était plutôt favorable et que les idées délirantes semblaient avoir diminué.

Le 29 juillet 2015, l'assurée a indiqué à l'OAI que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 90-100 % comme ergothérapeute.

Dans un rapport à l'OAI du 21 août 2015, le Dr H._____ a fait état d'un état anxiodépressif chez une personne fragilisée, qui souffrait également de troubles neurologiques modérés (troubles visuels, tremblements), lesquels étaient sans effet sur sa capacité de travail. Il a joint un rapport du 1^{er} décembre 2014 du Dr Z._____, spécialiste en

neurologie, qui n'avait retrouvé aucune anomalie objective du point de vue clinique neurologique, ainsi que les résultats de l'IRM cérébrale réalisée le 12 novembre 2014, qui était dans les limites de la norme.

Dans un rapport à l'OAI du 7 septembre 2015, le Dr R. _____ a posé le diagnostic de trouble psychotique aigu polymorphe sans symptômes schizophréniques (F23.0) et comme diagnostic différentiel un trouble délirant persistant (F22.0). L'évolution avait été lentement favorable et l'incapacité de travail était de 30 % depuis le 1^{er} septembre 2015.

Le 5 janvier 2016, l'employeur de l'assurée et son assureur perte de gain ont informé l'OAI qu'elle avait pu reprendre son travail à plein temps à partir du 1^{er} janvier 2016. L'assurée a fait savoir qu'elle avait décidé de baisser son taux de travail à 80 %.

Par décision du 15 avril 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

B. Par formulaire signé le 19 septembre 2017 et réceptionné par l'OAI le 26 septembre 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, faisant état d'un choc psychologique traumatique, d'un épuisement physique et psychique, d'un état anxiodépressif, d'une dystrophie fibrokystique, d'un pityriasis, d'une fragilité immunitaire, d'un ralentissement rénal, digestif, de la déglutition et cardiaque, de troubles sensori-moteurs, de sciatalgie, d'une tendinite au membre inférieur droit, de légers troubles cognitifs et d'une fragilité émotionnelle et cutanée. Elle avait baissé son taux de travail à 70 % depuis le 1^{er} février 2017 dans son poste d'ergothérapeute et était en totale incapacité de travail depuis le 8 mai 2017 (et l'avait également été du 1^{er} au 3 mai 2017).

Le 6 décembre 2017, l'assurée a communiqué à l'OAI qu'elle travaillerait à 80 % depuis février 2017 si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Dans un rapport du 31 mai 2018, le Dr H._____ a retenu comme diagnostic un trouble de l'adaptation chez une personnalité psychotique. La capacité de travail était nulle depuis le 1^{er} mai 2017, y compris dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 18 juillet 2018, le Dr C._____, nouveau psychiatre traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité, traits immatures, anxieux et dépendants (F61) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3). Il a confirmé l'existence d'une totale incapacité de travail dans toute activité depuis le 1^{er} mai 2017.

Dans un avis du 26 novembre 2018, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé nécessaire d'entrer en matière sur cette nouvelle demande.

A la demande du SMR, l'assureur perte de gain de l'assurée a transmis le rapport de l'expertise psychiatrique qu'il a fait réaliser le 22 février 2018 par le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive, en rémission ou subclinique, et de probable trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle (ou trouble de conversion) avec symptômes associés (F44.7) : faiblesse, troubles subjectifs de l'équilibre persistants, avec facteurs de stress psychologiques (remise à l'ordre professionnelle, autre). Il a également retenu l'existence d'une personnalité à traits histrio-infantiles, sub-décompensée. Il a estimé qu'il n'y avait aucune pathologie qui puisse justifier la poursuite d'une incapacité de travail, au plus tard le jour de l'expertise, mais « par souci de gain de paix » au 1^{er} mars 2018.

Les Drs H._____ et C._____ ont critiqué les résultats de cette expertise dans leurs rapports respectifs des 17 avril 2018 et 31 mai 2018.

Le contrat de travail de l'assurée a été résilié par son employeur pour le 30 juin 2018.

Dans un rapport à l'OAI du 4 avril 2019, le Dr C._____ a posé les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité, traits immatures, anxieux et dépendants (F61), de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), évoquant également une probable fibromyalgie. L'incapacité de travail était toujours totale, même dans une activité adaptée.

A l'initiative du SMR (avis du 17 avril 2019), une expertise pluridisciplinaire avec un volet psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne, a été mise en œuvre. Elle a été attribuée à V._____.

Dans leur rapport du 16 octobre 2019, les Drs W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, J._____, médecin praticien, et N._____, spécialiste en rhumatologie, ont posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de troubles mixtes de la personnalité (F61.0) avec notamment des traits anxieux et dépendants, et de douleur diffuse sans support anatomique. Ils ont notamment exposé ceci (sic) :

« Nous constatons que plusieurs diagnostics ont été posés chez l'expertisée, notamment un trouble psychotique avec le diagnostic différentiel d'une schizophrénie, diagnostics que nous n'avons pas retenus. En effet, ce que l'expertisée a vécu en 2015, 2 ans après le décès de son mari, à la suite d'un conflit avec les voisins, était plutôt une réaction aiguë à un facteur de stress, signalons que la symptomatologie psychotique décrite par les psychiatres de l'époque a disparu rapidement sans aucune prise de médicament neuroleptique. L'expert mandaté par l'APG [assureur perte de gain] ne retient aucun diagnostic incapacitant, alors que le psychiatre traitant retient un syndrome somatoforme, ainsi qu'un trouble de la personnalité, et un syndrome dépressif avec manifestations psychotiques.

Après examen et étude du dossier, nous n'avons pas retenu le trouble dépressif, aucune manifestation psychotique n'était présente durant l'entretien, mais nous pouvons retenir un syndrome somatoforme sans comorbidité psychiatrique incapacitante.

En outre, Madame K._____ a présenté des manifestations douloureuses depuis 2017. L'examen clinique rhumatologique peut être considéré comme totalement normal. Il n'y a aucun signe

pouvant faire évoquer une fibromyalgie ou une pathologie inflammatoire rhumatologique. L'examen neurologique est tout à fait normal. Celui-ci avait déjà été considéré comme normal en décembre 2014. Les douleurs sont diffuses et sans support anatomique.

Les plaintes actuelles consistent en fatigue, troubles de la mémoire, anxiété et des douleurs diffuses par suite d'un épuisement physique et psychologique en 2017, avec des sensations douloureuses des épaules, des hanches, des genoux et du rachis lombaire, accompagnées d'une sciatalgie.

L'examen clinique pluridisciplinaire a mis en évidence le trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique handicapante, sans incidence sur la capacité de travail. »

Dans un avis du 24 octobre 2019, le SMR a indiqué qu'il n'avait pas d'éléments médicaux pour s'écarter des conclusions de l'expertise.

Par projet de décision du 4 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

L'assurée a fait valoir ses objections par courriers du 20 novembre 2019, par l'intermédiaire de ses parents, et du 26 novembre 2019.

Dans un rapport du 21 janvier 2020, le Dr C. _____ et la psychologue T. _____ ont estimé que les différents symptômes présentés par l'assurée (hypersensibilité émotionnelle face à des événements potentiellement stressants, ralentissement psychomoteur, sentiment de perte cognitive, état de fatigue) constituaient un handicap certain dans sa vie quotidienne. Ils ont précisé qu'elle avait recours à des stratégies de compensation pour ses symptômes cognitifs (prise de notes, longue préparation), ce qui lui prenait beaucoup de temps et d'énergie et n'était donc pas compatible avec une activité professionnelle régulière. Elle était en mesure de vivre de manière autonome, mais grâce à l'aide apportée par sa famille, et les différentes tâches du quotidien qu'elle effectuait elle-même lui prenaient tout son temps. Ils ont en outre souligné que l'activité d'ergothérapeute exigeait que l'assurée soit en pleine possession de ses

moyens, faute de quoi cela pourrait constituer un véritable danger envers ses patients.

Dans un rapport du 31 janvier 2020, le Dr H. _____ a affirmé que sa patiente avait présenté une décompensation psychotique, regrettant que l'expert psychiatre n'ait pas été témoin des idées délirantes et des troubles de la pensée qu'elle manifestait pendant les entretiens, ainsi que des incohérences dans son discours. Il a précisé qu'une consultation filmée avec l'accord de l'assurée avait permis à un groupe de médecins, dont le Prof. [...], de constater qu'il y avait une problématique médicale et qu'il ne s'agissait pas de simulation.

Le 19 février 2020, l'OAI a accordé à l'assurée, désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, un ultime délai au 31 mars 2020 pour compléter ses objections.

L'assurée a adressé des déterminations à l'OAI le 25 février 2020.

Dans des avis médicaux des 12 février et 9 mars 2020, le SMR a considéré que les rapports et courriers précités n'apportaient aucun fait nouveau susceptible de modifier ses conclusions.

L'OAI a rendu une décision de refus de prestations le 20 mars 2020, accompagnée d'un courrier dans lequel il a répondu aux objections de l'assurée.

Par courrier du 23 mars 2020, l'assurée a sollicité une prolongation de délai au 29 mai 2020 pour motiver plus avant son opposition, invoquant ne pas être en mesure de le faire d'ici au 31 mars 2020 en raison du contexte sanitaire.

C. Par acte du 26 mars 2020, K. _____ a recouru contre la décision rendue par l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal, en reprochant à l'intimé d'avoir statué avant la fin du délai imparti pour étayer sa position.

Par courrier du 15 avril 2020, l'OAI a fait savoir qu'il avait « retiré » sa décision du 20 mars 2020 ainsi que le courrier faisant partie intégrante de ladite décision et qu'il restait dans l'attente des déterminations complémentaires de l'assurée.

Par arrêt du 21 avril 2020 (AI 105/20 - 139/2020), la Cour des assurances sociales a déclaré le recours sans objet et rayé la cause du rôle.

D. Par courrier du 12 juin 2020, l'assurée a complété ses objections, requérant la réalisation d'un bilan cognitif et d'une nouvelle expertise. Elle a produit un rapport établi le 3 juin 2020 par le Dr C. _____ et la psychologue T. _____. Ils y ont retenu les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité, traits immatures, anxieux et dépendants (F61), de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), tout en évoquant une probable fibromyalgie à confirmer par le médecin traitant ou un spécialiste. Ils ont réitéré que les conclusions des experts, selon lesquelles l'assurée avait une pleine capacité de travail, leur paraissaient complètement opposées à leurs observations cliniques. Ils ont fait savoir que l'assurée ne sortait quasiment plus de son appartement, que ses courses étaient maintenant prises en charge par le CMS et qu'elle avait recours à un service de transport pour aller chez le médecin.

Dans un avis du 30 juin 2020, le SMR a relevé que le trouble mixte de la personnalité n'avait jamais empêché l'assurée de fonctionner auparavant, que le trouble dépressif était en rémission et que le syndrome douloureux somatoforme persistant avait déjà été évalué à deux reprises par des experts indépendants. Le suivi psychologique avait lieu toutes les trois semaines, ce qui était relativement faible, et le suivi psychiatrique était *a priori* très aléatoire. Les plaintes de l'assurée étaient connues

depuis plusieurs années et avaient déjà été prises en compte, tant par le Dr L._____ que par les experts du V._____.

Par décision du 10 juillet 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Par lettre du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a précisé que les objections et déterminations de l'assurée n'avaient pas été de nature à modifier sa position, qui reposait sur une instruction complète sur le plan médical.

E. Par acte du 11 septembre 2020, K._____, désormais représentée par Procap Suisse, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à ce que l'intimé soit condamné à verser les prestations légales d'assurance-invalidité et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a fait valoir que les experts n'avaient pas tenu compte de ses ressources dramatiquement limitées et de leur impact sur sa vie quotidienne, relevant en outre une contradiction manifeste entre la description de ses ressources par l'expert psychiatre et par ses médecins traitants. Elle a contesté que son trouble de la personnalité puisse être considéré comme non incapacitant, sans examen global structuré au sens de la jurisprudence.

Dans sa réponse du 3 novembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le 11 janvier 2021, la recourante a fait savoir qu'elle maintenait ses conclusions.

Le 20 janvier 2021, le juge instructeur a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, avec un volet rhumatologique, de médecine interne et de psychiatrie. Celle-ci a été confiée à A._____.

En vue de cette expertise, le Dr C._____ et la psychologue T._____ ont établi un rapport le 10 mai 2021 dans lequel ils ont notamment indiqué ce qui suit (sic) :

« A l'heure actuelle, nous ne constatons aucune évolution favorable. Si Madame K._____ ne présente pas de symptômes dépressifs, les plaintes somatiques (sans diagnostic somatiques les expliquant) sont toujours présentes et nous pouvons également remarquer des pensées et comportement singuliers dont certains ont toujours été présent mais dans une moindre mesure.

Ainsi, nous constatons une tendance à l'interprétativité et à la méfiance, par exemple à l'égard de ses voisins, ainsi que des croyances « bizarres », notamment autour de la mort de son mari en 2014 pour laquelle elle suspecte des irrégularités en raison des origines vietnamienne de ce dernier. La patiente ne partage pas facilement de ce type de pensées. D'autre part, nous relevons également une aggravation du retrait social, qui est certes favorisé par le contexte de la Covid-19 auquel la patiente est très sensible, mais qui était déjà présent avant la pandémie. Il est important de noter que Madame K._____ n'est plus sortie de son appartement depuis le mois de février 2020 et n'envisage pas d'en sortir plus facilement après la vaccination (ce sont ses parents qui s'occupent de lui faire ses courses et de gérer ses tâches administratives). Finalement, nous pouvons établir a posteriori et après une réflexion médicale sérieuse que Madame K._____ présente un comportement excentrique, une pensée circonscrite (« trop élaborée »), des affects restreints et ce que nous pouvons qualifier de perceptions inhabituelles (plaintes somatiques sans fondement physique). Ces différents points nous amènent aujourd'hui à reconsidérer les diagnostics formulés jusqu'ici et à poser un diagnostic de :

- Code CIM-10 F.21 : trouble schizotypique.

Ce trouble, selon la CIM-10, est caractérisé par des anomalies de la pensée et des affects, mais ne comportant aucune anomalie schizophrénique manifeste ou caractéristique à un moment quelconque de l'évolution. »

Les Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, P._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et la neuropsychologue M._____ ont rendu leur rapport d'expertise judiciaire le 7 décembre 2021. Ils ont retenu les diagnostics de trouble schizotypique (F21), de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), d'insuffisance pondérale (R64) et de troubles mnésiques antérogrades en modalité verbale et en condition d'apprentissage et baisse du rendement

dans le cadre d'un ralentissement du traitement de l'information (R41.8). Ils ont conclu que la capacité de travail de l'assurée était nulle pour toute activité depuis le début de l'arrêt maladie au printemps 2017, que cette capacité de travail était stable actuellement et allait probablement rester stable dans le futur, avec un pronostic sombre.

L'OAI s'est déterminé sur le rapport d'expertise en date du 12 janvier 2022, en transmettant un avis du SMR du 3 janvier 2022. Ce dernier a relevé que le trouble somatoforme douloureux persistant avait déjà été analysé dans l'expertise du V._____, que le trouble schizotypique n'avait pas été retenu lors des deux expertises précédentes et arrivait tard de la part du psychiatre traitant. Selon lui, l'expert psychiatre n'expliquait pas très précisément en quoi il s'écartait des deux expertises précédentes en sachant que le trouble était ancien, qu'il n'avait pas empêché l'assurée de travailler auparavant et qu'il se serait décompensé au décès de son mari en 2013 alors que l'incapacité de travail durable a été retenue depuis 2017, soit quatre ans après.

Par courrier du 14 janvier 2022, la recourante a fait savoir qu'elle se ralliait intégralement aux conclusions de l'expertise judiciaire.

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 compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent

(art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'elle a déposée en septembre 2017.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 10 juillet 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit

(ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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.

c) 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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.

d) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le

ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

e) 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).

f) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire

sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

g) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 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).

4. a) En l'occurrence, compte tenu notamment des contradictions entre les rapports des médecins traitants et l'expertise psychiatrique du Dr L._____, réalisée à la demande de l'assureur perte de gain maladie de la recourante, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire (médecine générale, psychiatrie, rhumatologie) en vue de préciser les diagnostics et déterminer la capacité de travail de la recourante. Celle-ci a été attribuée à V._____. Tant le Dr H._____ que le Dr C._____ ont cependant vivement contesté les conclusions de cette expertise. Dans ce contexte, une expertise judiciaire pluridisciplinaire (médecine générale, psychiatrie, rhumatologie) a été réalisée par A._____.

Cette expertise judiciaire peut se voir reconnaître une pleine valeur probante, pour chacun des quatre volets de spécialités ainsi que le concilium effectué. Les experts ont recueilli une anamnèse fouillée et se sont prononcés en pleine connaissance du dossier, après avoir entendu les plaintes de la recourante et procédé à des examens cliniques détaillés. Ils ont pris leurs conclusions à l'issue d'une discussion consensuelle, de manière motivée et convaincante.

b) L'ensemble des médecins s'accordent sur le fait que la recourante ne souffre d'aucune atteinte invalidante sur le plan purement somatique ; elle présente uniquement une insuffisance pondérale (cf. note d'entretien de l'OAI avec le Dr H._____ du 20 février 2018, volets de médecine interne et rhumatologie de l'expertise du V._____ et de l'expertise d'A._____).

c) Il est admis, tant par les experts de V._____ que les experts d'A._____, que la recourante présente un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), diagnostic qui a aussi été retenu par le Dr C._____ (rapports des 4 avril 2019 et 12 juin 2020).

Le Dr P._____ a d'abord retenu un syndrome polyalgique idiopathique diffus de type fibromyalgie (volet rhumatologique de l'expertise d'A._____ p. 4). Au terme du colloque consensuel, les experts judiciaires ont finalement retenu plutôt le diagnostic psychiatrique de syndrome somatoforme douloureux persistant (expertise consensuelle d'A._____ p. 2).

d) Les conclusions des experts divergent en revanche sur le plan psychiatrique. Le Dr L._____ a conclu à l'existence d'un trouble de l'adaptation mixte, avec anxiété et humeur dépressive, en rémission ou subclinique, d'un probable trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle (ou trouble de conversion) avec symptômes associés (F44.7) et d'une personnalité à traits histrio-infantiles, sub-décompensée. Le Dr W._____ a estimé que la recourante présentait des troubles mixtes de la personnalité (F61.0) avec notamment des traits anxieux, ainsi que dépendants. Le psychiatre traitant a d'abord conclu, dans son rapport du 18 juillet 2018, à l'existence de troubles mixtes de la personnalité, traits immatures, anxieux et dépendants (F61) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3). Il a ensuite constaté dans son rapport du 4 avril 2019 que le trouble dépressif récurrent était en rémission (F33.4), puis a rajouté le diagnostic de trouble schizotypique (F21) dans son rapport du 10 mai 2021. L'expert judiciaire,

le Dr B._____, a finalement confirmé l'existence d'un trouble schizotypique (F21).

Le Dr B._____ énumère les différents points qui l'ont amené à poser ce diagnostic, à savoir le comportement et la présentation bizarres de la recourante, sa vie quotidienne extrêmement perturbée, son retrait social quasi complet, ses croyances bizarres, sa méfiance et les idéations persécutives, l'interprétativité, ses préoccupations et perceptions exagérées quant à ses limites physiques et ses douleurs, ses pensées circonstanciées qui se traduisent par un discours exagérément préoccupé par des détails, sa pensée qui va jusqu'à se désorganiser et l'existence d'un épisode délirant au moins, observé au Centre S._____ (volet psychiatrique p. 5).

Le Dr B._____ fait également le lien avec le fait que les autres experts et les médecins traitants ont toujours retenu des troubles mixtes de la personnalité (volet psychiatrique p. 7). En effet, le Dr L._____ mentionnait déjà que le contact avec la recourante était assez particulier, également dans sa présentation, que son discours pouvait paraître souvent assez infantile et qu'elle avait une vision naïve du monde. Il relevait une importante rigidité de la pensée et était frappé par la pauvreté des intérêts et des investissements, notamment relationnels. Sur la base de ces éléments, il a conclu à l'existence d'une personnalité histrio-infantile, sub-décompensée (expertise du Dr L._____ pp. 14-15). Le Dr W._____ retenait l'existence de troubles mixtes de la personnalité, avec notamment des traits anxieux et dépendants, relevant notamment que la recourante était très dépendante affectivement de son mari, décédé en 2013, puis de ses parents, qui s'occupaient beaucoup d'elle (expertise V._____ p. 13-14). On peut à cet égard s'étonner du caractère extrêmement succinct de l'analyse de la personnalité de la recourante par les experts du V._____ dans l'évaluation du caractère invalidant de ses atteintes, alors qu'il y a lieu, selon la jurisprudence, de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3). Ceux-ci se sont en effet contentés de relever que la personnalité de l'expertisée avait une incidence

plutôt dans les relations interpersonnelles que dans l'activité professionnelle (expertise V. _____ p. 5).

Dans son avis du 3 janvier 2022, le SMR soutient que le Dr B. _____ « n'explique pas très précisément en quoi il s'écarte des 2 expertises précédentes sachant que le trouble est ancien [...] ». Or, comme le SMR le relève d'ailleurs lui-même, le Dr B. _____ expose que le trouble schizotypique n'entraîne pas forcément d'incohérence marquée dans le discours et peut passer inaperçu si l'investigateur n'explore pas les bizarreries de pensées ou comportements, cela d'autant plus que les personnes souffrant de ce trouble ont tendance bien souvent à dissimuler leurs idées délirantes dont elles sentent confusément qu'elles ne sont pas partageables. Il souligne également que le médecin traitant, qui est au plus près des plaintes de l'expertisée, avait eu très tôt la conviction des troubles de la lignée psychotique, ce qui avait d'ailleurs été confirmé par le Prof. [...] lors du visionnage d'un entretien filmé entre la patiente et son médecin (volet psychiatrique de l'expertise d'A. _____ p. 7). Il apparaît ainsi que l'expert judiciaire se prononce clairement sur les raisons pour lesquelles il s'est écarté de l'appréciation des précédents experts. Le SMR n'apporte aucun motif qui pourrait laisser à penser que les explications de l'expert judiciaire ne seraient pas suffisantes ou convaincantes.

Au contraire, il faut constater qu'elles sont cohérentes avec celles apportées par le Dr C. _____ et la psychologue T. _____ dans leur rapport du 10 mai 2021. Ceux-ci y exposent que les pensées et comportements singuliers de la recourante, dont certains avaient toujours été présents, mais dans une moindre mesure, les avaient amenés à reconsidérer leurs diagnostics. Ils avaient ainsi pu constater une tendance à l'interprétativité et à la méfiance, par exemple à l'égard de ses voisins, ainsi que des croyances bizarres, notamment autour de la mort de son mari. Le retrait social de la recourante, déjà présent avant la pandémie, s'était aggravé avec celle-ci, au point qu'elle n'était plus sortie de son appartement depuis février 2020. L'ensemble des éléments observés leur a permis de retenir que l'assurée présentait un comportement excentrique, une pensée circonstanciée « trop élaborée », des affects

restreints et des perceptions inhabituelles concrétisées par ses plaintes somatiques sans fondement physique.

Il convient par ailleurs de souligner que les précédentes expertises faisaient également état de pensées et comportements bizarres.

Le Dr L._____ avait mentionné dans son expertise que la recourante s'était présentée en tenue de montagne avec un sac de montagne dans lequel elle transportait différents documents, qu'elle rangeait soigneusement dans des sacs hermétiques du fait qu'elle avait pris une bouteille d'eau avec elle. Il décrivait son visage comme impassible et qu'elle souriait presque « aux anges ». Elle faisait état de son parcours de vie sans manifester aucune émotion objectivable. Elle exprimait une vision très naïve du monde et de l'existence, sans agressivité et sans sexualisation, un monde où elle avait le sentiment qu'on devait la protéger, semblant encore toute perturbée du fait que son supérieur ait changé et n'ait pas fait de « psychologie positive » (expertise du Dr L._____ p. 13).

Dans le rapport d'expertise du V._____, la description de la recourante diffère passablement d'un expert à l'autre. Le Dr W._____ n'a observé aucun trouble formel de la pensée, ni bizarreries ou troubles de la perception, ni idées délirantes, notamment de persécution (expertise V._____ pp. 12-13). En revanche, l'expert de médecine générale note quant à lui que la recourante est arrivée avec un gros sac à dos sur les épaules, qu'elle est d'un aspect très négligé et que ses explications semblent confuses. Elle avait apporté un énorme dossier qu'elle sortait à tout bout de champ pour retrouver les dates et pour ne rien oublier (expertise V._____ p. 21). A l'examen de la cohérence, le Dr J._____ mentionne une franche incohérence entre les plaintes très multiples, avec en particulier l'évocation d'une origine alimentaire à ses sécheresses de pieds par exemple ou bien encore ses urines qui deviendraient plus claires avec une polyurie lorsqu'elle effectue des efforts prolongés. Il conclut que

l'ensemble donne plutôt l'impression d'une origine psychogène à toute la symptomatologie (expertise V. _____ p. 23).

De son côté, le Dr B. _____ relève que durant l'entretien, le discours de la recourante est circonscrit à l'excès, sans perte du fil, mais avec un débordement de détails et d'incidents le rendant difficile à suivre. Le contenu du discours est au début relativement dans la norme avec une description des plaintes douloureuses, mais dérive ensuite d'une part sur la description d'un quotidien pathologiquement ralenti par la fatigue et, d'autre part, sur les considérations marquées au sceau de l'interprétativité délirante ainsi que d'un vécu persécutoire. Les idées « bizarres » sont avancées avec précaution mais s'affirment un peu plus au cours de l'entretien. Confrontée à la notion de délire et d'interprétativité, l'expertisée a admis être « hypersensible » depuis la mort de son mari et précisé : « avant je pouvais parler à mon mari, confronter mes idées, après j'étais seule pour me faire mon opinion ». Quand l'expert a cherché à explorer plus avant les contenus à thématique persécutoire, le discours tendait à se désorganiser. La thymie semblait plutôt neutre, par moments curieusement enjouée avec une inadéquation idéo-affective (volet psychiatrique de l'expertise d'A. _____ p. 4).

Le Dr B. _____ note que malgré des traits de dépendance et une relative fragilité psychique, la recourante a eu une trajectoire socioprofessionnelle et familiale relativement stable jusqu'à son premier arrêt de travail en 2015, puis à nouveau en 2017. Il explique que la perte de son mari a décompensé un équilibre psychique fragile et a fait éclore un trouble schizotypique qui s'est d'abord manifesté par une décompensation psychotique d'allure schizophrénique pour se stabiliser ensuite sous la forme d'une perturbation du comportement, des pensées et des perceptions altérant gravement son quotidien.

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il se justifie de retenir l'existence chez la recourante d'un trouble schizotypique, qui s'est manifesté dans les suites du décès de son mari.

e) Les experts d'A._____ estiment que l'incapacité de travail de la recourante est totale depuis l'arrêt de travail au printemps 2017. Ils précisent que les troubles schizotypiques ainsi que le trouble somatoforme douloureux persistant perturbent le comportement, les pensées et les perceptions de la recourante, altérant gravement son quotidien. Les idées sub-déliantes s'intriquent au syndrome douloureux pour produire un vécu d'impotente gravement handicapée avec des limitations majeures pour toute activité. Le comportement et la présentation bizarre, le retrait social quasi complet, les croyances bizarres, la méfiance et l'idéation persécutoire, les préoccupations et les perceptions exagérées ainsi que les pensées circonstanciées désorganisées, avec au moins un épisode délirant, se traduisent par des limitations fonctionnelles majeures au quotidien. L'expertise est par ailleurs limitée sur le plan neuropsychologique en raison d'un ralentissement du traitement de l'information, qui est majeur, ainsi que de la fatigabilité rapportée à l'auto-questionnaire et observé cliniquement dans une moindre mesure au terme d'un examen neuropsychologique de deux heures. Sur le plan rhumatologique, en raison du syndrome douloureux et de l'insuffisance pondérale, la recourante est limitée pour toute activité physiquement lourde (expertise consensuelle d'A._____ p. 3).

Les experts judiciaires ont en particulier tenu compte, dans le cadre de leurs conclusions, des critères jurisprudentiels applicables pour déterminer le caractère invalidant des atteintes psychiques et psychosomatiques (cf. consid. 3g *supra* et expertise consensuelle d'A._____ pp. 4-5).

Dans son avis du 3 janvier 2022, le SMR fait remarquer que le trouble schizotypique de la recourante, qui est ancien, ne l'a pas empêchée de travailler auparavant, et qu'il se serait décompensé au décès de son mari en 2013 alors que les experts judiciaires retiennent une incapacité de travail durable depuis 2017, soit quatre ans après le décès.

Le Dr B._____ explique à cet égard que la recourante, qui présentait sans doute depuis l'enfance une relative fragilité psychique se

traduisant par un retrait social et des besoins de dépendance marqués, a rapidement trouvé un étayage psycho-affectif auprès de son mari, qui était de 19 ans son aîné, et dont la disparition a été un facteur de décompensation majeure.

Le Dr B._____ reconnaît ainsi que la recourante a eu une trajectoire socioprofessionnelle relativement stable jusqu'à son premier arrêt de travail en 2015, puis le nouvel arrêt en 2017. Il est vrai que le Dr B._____ ne se prononce pas explicitement sur le fait que la recourante a pu progressivement reprendre son emploi dès le 6 avril 2015 jusqu'à une reprise à 80 % dès le 1^{er} janvier 2016, correspondant à son nouveau taux de travail, et qu'elle a pu travailler jusqu'au printemps 2017. Il ressort toutefois du dossier qu'elle n'a alors pas donné satisfaction à son employeur. Elle a en effet expliqué au Dr L._____ que ses responsables lui avaient reproché son manque d'efficacité au travail, notamment la faible prise en charge de nouveaux patients et le nombre de prestations non facturables (expertise du Dr L._____ p. 2). Elle a également indiqué au Dr B._____ que lors de cette reprise, elle était plus lente et ne pouvait plus « assumer deux tâches à la fois » (volet psychiatrique de l'expertise d'A._____ p. 3). On peut par ailleurs lire, dans le rapport du Dr C._____ du 18 juillet 2018, que les difficultés de la recourante sur le plan professionnel ont débuté à la suite du décès de son mari en juin 2013, que durant la reprise professionnelle, elle sentait déjà une perte de ses capacités et qu'elle avait vécu l'évaluation professionnelle négative de la part de son employeur comme de la violence verbale et psychologique, qui avait aggravé son état.

Quoi qu'il en soit, rien ne permet de s'écarter des conclusions des experts judiciaires, selon lesquelles la recourante présente une totale incapacité de travail en toutes activités depuis le début de l'arrêt de travail au printemps 2017, à savoir depuis le 1^{er} mai 2017.

f) S'agissant du statut de la recourante, celle-ci a communiqué à l'OAI le 6 décembre 2017 que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 80 % depuis février 2017.

La recourante a travaillé à 90 % de novembre 2013 à décembre 2015, puis à 80 % du 1^{er} janvier 2016 au 31 janvier 2017 avant de baisser son taux à 70 % à partir du 1^{er} février 2017 car elle avait « une sensation d'oppression » après avoir beaucoup travaillé en janvier 2017. La baisse de taux à 70 % était ainsi liée à des motifs médicaux. Tel n'apparaît en revanche pas être le cas du passage d'un taux de travail de 90 % à 80 % à partir du 1^{er} janvier 2016. Lors de l'entretien téléphonique avec l'OAI du 2 octobre 2015, la recourante a en effet exposé qu'elle envisageait de baisser son taux car elle souhaitait disposer de temps, notamment pour une formation continue ou la lecture.

Le taux de 80 % qu'elle annonce paraît ainsi tout à fait cohérent. Il convient donc de retenir un statut de 80 % active et 20 % ménagère.

g) Dans la mesure où l'incapacité de travail de la recourante est totale en toutes activités et qu'elle a un statut d'active à 80 %, son taux d'invalidité pour la part professionnelle est de 80 %. Ce taux suffit déjà à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sans qu'il apparaisse nécessaire de déterminer les empêchements de la recourante dans ses activités habituelles, pour la part de 20 % restante.

L'on est par conséquent en l'occurrence en présence d'un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente.

Compte tenu du délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'ouverture du droit à la rente intervient le 1^{er} mai 2018, date à laquelle le délai de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations (art. 29 LAI) était déjà écoulé.

5. a) Le recours est par conséquent admis.

b) La décision litigieuse est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2018.

c) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (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 la mettre à la charge de la partie intimée.

**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 10 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que K._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2018.
- 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 K._____ une indemnité de 2'000 (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- PROCAP Suisse, Me Séverin Tissot-Daguette (pour la recourante),
- 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 :