

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 avril 2022

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 22, 23 al. 1 et 3 LAI ; art. 21 et 21 bis RAI

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée, mère d'une fille née en [...], s'est annoncée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), par formulaire de détection précoce du 21 octobre 2019. L'OAI a instruit le cas en recueillant des documents, notamment médicaux, qui permettent de retracer la chronologie qui suit.

a) Du 1^{er} novembre 2012 au 29 février 2016, l'assurée a été employée à temps complet par W._____ AG comme « collaboratrice du service externe Rx », soit déléguée médicale. À ce titre, son salaire mensuel brut s'élevait à 9'423 francs.

Du 16 juillet 2015 à la fin des rapports de travail, donnée par l'employeur, l'assurée était en arrêt de travail pour cause de maladie. Son incapacité de travail a été attestée dans un premier temps par la Dre H._____, spécialiste en médecine interne générale, en raison d'une décompensation dépressive importante dans un contexte d'épuisement professionnel et de *burn-out*. L'assurée a été hospitalisée à la clinique R._____ du 12 au 27 août 2015, ensuite de quoi son incapacité de travail a été attestée par la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, jusqu'au 29 février 2016.

Par certificat du 22 mars 2016, la Dre G._____ a attesté le recouvrement de la capacité de travail de l'assurée à 100 % dès le 1^{er} mars 2016. Dans une attestation du 7 juin 2016, cette médecin a indiqué qu'il lui était toutefois impossible de reprendre son activité antérieure. Elle précisait qu'une activité de déléguée médicale était actuellement à proscrire pour des raisons de santé.

b) À partir du 1^{er} mars 2016, l'assurée s'est inscrite comme demandeuse d'emploi à 100 % auprès de l'Office régional de placement de [...]. Un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert à cette date en sa

faveur et elle a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-chômage jusqu'au 6 décembre 2017.

c) Du 1^{er} mars 2017 au 31 mars 2018, l'assurée a été employée au sein de B._____ SA, société active dans le domaine de la santé (notamment des banques de matières biologiques). Sa fonction était intitulée « *Training and sales* », et elle exerçait à un taux d'occupation de 40 % et pour un salaire brut de 4'000 francs. Selon son certificat de travail, elle a été licenciée de cet emploi pour des raisons de restructuration. Elle s'est à nouveau inscrite au chômage à compter du 1^{er} avril 2018 jusqu'à l'épuisement de son droit au chômage le 4 octobre 2019.

d) Dès le 27 septembre 2018, l'assurée a été en incapacité de travail pour maladie, à différents taux (100 % jusqu'au 14 octobre 2018, 50 % du 15 octobre 2018 au 31 janvier 2019, 25 % du 1^{er} février au 31 mars 2019, 100 % du 1^{er} avril au 30 septembre 2019, 80 % du 1^{er} octobre au 31 décembre 2019, 50 % du 1^{er} janvier au 31 août 2020). À compter du 15 octobre 2018, elle a entamé un suivi à l'hôpital de jour T._____, à raison de deux fois par semaine, avec prise en charge sur les plans psychiatrique et psychothérapeutique, en séances individuelles et de groupe.

En février 2019, l'assurée a bénéficié d'une initiation au travail en entreprise, au sein d'une boutique spécialisée à [...]. Par courrier du 27 février 2019, elle a été licenciée durant le temps d'essai, car la collaboration ne se déroulait pas selon les attentes de l'employeuse.

À compter du 1^{er} mai 2019, compte tenu de son incapacité totale de travail depuis le 1^{er} avril 2019, l'assurée a reçu des prestations de l'assurance perte de gain maladie pour les bénéficiaires de l'assurance chômage (APGM) jusqu'au 31 décembre 2019.

e) Par formulaire du 2 décembre 2019, l'assurée a sollicité l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles

et rente), faisant valoir un épuisement professionnel et *burn-out* depuis le 16 juillet 2015.

Par rapport du 13 mars 2020 à l'OAI, la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'elle suivait l'assurée à l'hôpital de jour T._____. Cette dernière était connue pour des épisodes dépressifs, dans le passé en 2015 pour un *burn-out* avec hospitalisation, et depuis le 15 octobre 2018, elle était en arrêt en raison d'un épisode dépressif moyen. La Dre N._____ notait la persistance d'une symptomatologie anxiodépressive avec labilité émotionnelle, difficultés de concentration, trouble de l'attention, fatigue, ruminations anxieuses sur sa situation de vie et celle de sa fille. Les diagnostics posés par la médecin, ayant une incidence sur la capacité de travail, étaient ceux d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de trouble de l'anxiété sans précision (F41.9). Comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, la Dre N._____ retenait un trouble de la personnalité sans précision (F60.9) et des difficultés dans le rapport avec son ex-conjoint (Z63.0). Elle avait prescrit un médicament antidépresseur à l'assurée, ainsi que des médicaments en réserve en cas d'anxiété majeure ou de troubles du sommeil. La capacité de travail de l'assurée était de 50 % dans l'activité habituelle et de 50 à 60 % dans une activité « plus adaptée » et l'évolution était lentement favorable. La Dre N._____ a noté que depuis son dernier emploi remontant à mars 2017 [sic], sa patiente avait fait des essais professionnels, sans succès dans un contexte de difficultés d'adaptation et de fragilité psychique. Elle retenait au titre de limitations fonctionnelles des difficultés de concentration, d'attention, de gestion du stress et des relations avec les autres, dans l'organisation et la structure de ses tâches, et dans les activités exigeant de l'anticipation. À la question « Quels sont les facteurs qui font obstacle à une réadaptation ? », la médecin a répondu : « situation familiale (mère affectée d'un cancer en fin de vie, introduction d'un antidépresseur nouveau, difficultés avec son ex-mari, difficultés socio-économiques ».

Par communication du 15 avril 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle, soit un bilan de compétences, du 14 avril au 26 mai 2020. Cette mesure a été prolongée du 1^{er} au 30 juin 2020 par communication du 27 mai 2020. Le bilan final a mis en évidence une piste professionnelle de *case manager*.

f) Par communication du 13 juillet 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure de reclassement (recherche et suivi de stage qualifiant), du 27 juillet 2020 au 31 janvier 2021, avec un taux de présence de 50 % pour débiter le stage.

Par courrier du même jour, l'OAI a prié la Caisse de compensation [...] de calculer la prestation de grande indemnité journalière en espèces à laquelle l'assurée aurait droit. L'OAI a indiqué que depuis le 15 octobre 2018, l'assurée avait été en incapacité de travail à au moins 50 %.

Par décision du 17 juillet 2020, l'OAI a octroyé une indemnité journalière à l'assurée, qui s'élevait à 105 fr. 60, du 27 juillet 2020 au 31 janvier 2021, sur la base d'un revenu journalier moyen de 132 fr., dans le cadre du reclassement professionnel externe.

Dans un courriel du 7 août 2020 à sa spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, l'assurée a contesté la décision précitée. Elle a expliqué que son atteinte à la santé remontait à l'été 2015 et que l'indemnité journalière devait être calculée sur le salaire qu'elle réalisait à cette époque, à temps plein auprès de W. _____ AG et non sur celui réalisé lors de son activité à 40 % pour B. _____ SA, qui était plus faible. Elle s'était annoncée comme indépendante à la Caisse de compensation AVS en 2011, mais n'avait jamais pu commencer cette activité, et avait résilié son affiliation en 2018 (des revenus pour activité indépendante résultent toutefois de l'extrait de son compte individuel AVS pour les années 2011, 2012 et 2013). Si elle n'avait pas fait appel à l'AI avant sa demande de décembre 2019, c'était par manque d'information et

de conseil. Elle avait besoin de moyens financiers pour aborder son nouveau projet de reclassement professionnel plus sereinement. L'assurée a joint plusieurs documents à son courriel, dont ses arrêts de travail du 16 juillet 2015 au 29 février 2016 et la confirmation par la Caisse de compensation AVS de la radiation de son activité indépendante, enregistrée le 31 décembre 2013 pour des raisons de prescription.

Le 10 août 2020, l'OAI a consulté son Service médical régional de Suisse romande (ci-après : le SMR) à l'occasion d'une permanence, s'agissant de la date du début de l'incapacité de travail de l'assurée. Selon le compte-rendu de cette consultation, le SMR a estimé qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter du contenu du rapport du psychiatre traitant, à savoir que l'assurée subissait un nouvel épisode dépressif et non un épisode d'un trouble dépressif récurrent. Aucun autre élément médical au dossier ne corroborait les affirmations de l'assurée au sujet d'une incapacité de travail durable depuis le mois de juillet 2015.

B. Par acte du 15 septembre 2020, D. _____ a formé recours contre la décision de l'OAI précitée du 17 juillet 2020, par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme s'agissant du calcul de l'indemnité journalière et en particulier de la date de début de son atteinte à la santé ainsi que du dernier revenu retenu pour le calcul.

En substance, elle a fait valoir que son état de santé s'était brusquement dégradé en juillet 2015, qu'elle avait dû être hospitalisée puis avait été en arrêt de travail plusieurs mois, et qu'elle s'était ensuite inscrite au chômage faute de renseignements sur l'assurance-invalidité. Malgré tous ses efforts, elle n'était jamais parvenue à retrouver un emploi à temps plein ou à temps partiel, hormis celui à 40 % durant treize mois pour B. _____ SA. Son état physique et psychique s'était dégradé après la fin de cette activité. Sur le plan financier, en 2015, elle avait perçu l'intégralité de son salaire de W. _____ AG, grâce à l'assurance collective d'indemnités journalières perte de gain en cas de maladie de cet ancien employeur ; dès le mois de mars 2016 elle avait perçu 80 % de son ancien

salaire en indemnités de chômage ; et en 2017, elle avait perçu, en plus des 80 % de son ancien salaire, le gain intermédiaire réalisé auprès de B._____ SA. Sa santé était encore fragile. Elle a produit plusieurs pièces avec son recours, notamment ses attestations médicales d'arrêt de travail.

Par réponse du 16 novembre 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée. Il a relevé qu'il y avait certes eu une période d'incapacité de travail dès l'été 2015 mais que la recourante s'était ensuite inscrite à l'ORP en février 2016 [recte : mars 2016] pour un taux d'activité de 100 %. Elle avait été confrontée à un manque de concrétisation d'embauche, hormis la période de travail à 40 % pour B._____ SA, mais sans que l'on puisse retenir qu'avant l'automne 2018, ces difficultés étaient dues à son état de santé. Il a renvoyé au compte-rendu du SMR du 10 août 2020. S'agissant du calcul proprement dit du montant des indemnités journalières, l'intimé a produit un courrier que lui avait adressé la Caisse de compensation compétente le 11 novembre 2020. Ce courrier contient les indications suivantes :

« Conformément à votre communication du 13 juillet 2020, nous avons calculé l'indemnité journalière AI sur le 80 % du salaire perçu lors de la dernière activité exercée avant l'atteinte à la santé au 15 octobre 2018. Mme D._____ ayant travaillé auprès de la société B._____ SA à [...] pour la période de janvier à mars 2018, percevait un salaire mensuel de CHF 4'000.- versé 12 fois l'an.

Puis, cette assurée a bénéficié des indemnités de l'assurance-chômage depuis avril 2018 également basées sur un gain assuré de CHF 4'000.-.

Dès lors cela correspond à un montant journalier de CHF 105,60 notifié par la décision du 17 juillet 2020 ».

Dans sa réplique du 9 décembre 2020, la recourante a maintenu sa conclusion et produit un onglet de pièces sous bordereau. Elle a en particulier produit un rapport médical de la Dre G._____, du 4 décembre 2020, retraçant son parcours dépressif jusqu'à l'automne 2018, période après laquelle elle ne l'avait plus reçue en consultation. La recourante avait entamé son suivi auprès de la Dre G._____ à la suite de son accouchement à l'automne 2007 pour un état dépressif dans un contexte familial difficile, alors qu'elle avait été licenciée préalablement à son accouchement en raison d'une absence

pour longue maladie. L'évolution avait été positive grâce à un traitement médicamenteux antidépresseur et à un suivi psychothérapeutique, avant un second épisode dépressif en 2009. En 2015, elle avait à nouveau présenté une symptomatologie dépressive et anxieuse, et elle avait dû être hospitalisée. En octobre 2018, « vu une nouvelle péjoration psychique », une prise en charge à l'hôpital de jour T._____ avait été initiée avec l'espoir qu'un traitement intensif proche de chez elle soit davantage bénéfique qu'une prise en charge ponctuelle. La psychiatre retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33) dont l'intensité pouvait varier selon les épisodes, avec parfois de brèves périodes caractérisées par une légère évolution de l'humeur et une légère augmentation de l'activité. La praticienne expliquait qu'elle avait retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent « en raison de la survenance répétée d'épisodes dépressifs, en 2007, 2009, 2015 et 2018, déclenchés parfois par des événements stressants, avec rémission des symptômes aussi bien dépressifs qu'anxieux entre les épisodes ». Elle ajoutait que si elle n'avait jamais posé de « diagnostic de personnalité » au cours des années pendant lesquelles elle l'avait suivie, cet axe ne devait pas être écarté.

La recourante a expliqué que depuis près de quatorze ans, elle souffrait d'épisodes dépressifs qui l'emmenaient « à chaque fois un peu plus bas », et ses états psychiatriques de crise évoluaient par vagues, entre lesquelles elle récupérait un peu et « repartait », jusqu'à la « cassure ». C'est pourquoi elle s'était inscrite au chômage à 100 %, comme cela avait toujours fonctionné, mais sa volonté de retrouver un travail à temps plein ne permettait pas de déduire que son état de santé le lui permettait effectivement. D'ailleurs elle n'avait retrouvé qu'une activité en gain intermédiaire à 20 % puis 40 %, qui s'était soldée par un licenciement après treize mois. Elle pensait que son état de santé physique et psychique y avait été pour beaucoup, étant précisé que durant cette période, elle avait été en arrêt maladie à cinq reprises, soit pour trente-deux jours de travail. Cette brève activité à temps partiel n'était pas représentative de sa capacité de travail avant son *burn out* de 2015 et n'était donc pas sa dernière activité lucrative exercée sans

restriction due à des raisons de santé. Elle cherchait à réintégrer le monde professionnel de manière « pleine et sereine » et se tenait à disposition de la Cour pour se présenter à une audition ou se soumettre à une expertise. Elle a notamment produit les pièces suivantes à l'appui de ses arguments :

- la lettre de licenciement qu'elle avait reçue en 2007, mentionnant que son état de santé ne lui avait pas permis de reprendre ses activités à la fin de son congé de maternité ;
- un rapport de la clinique [...] du 22 octobre 2009 établi à la suite de son hospitalisation durant treize jours pour un état anxiodépressif aigu, dont il ressort que son discours était centré sur ses problèmes liés à son divorce, à ses recherches d'emploi et surtout à l'absence de deuil après le décès de son père en début d'année. À la sortie, le rapport faisait état d'une amélioration tant sur le plan physique que psychologique ;
- un rapport de la clinique R. _____ du 1^{er} septembre 2015 faisant suite à son hospitalisation pour trouble anxieux et *burn out* ;
- un rapport de la Dre G. _____ à l'assurance collective perte de gain maladie de son ancien employeur W. _____ AG, établi le 8 octobre 2015 et mentionnant l'épisode dépressif de 2007 en *post-partum*, dont l'évolution ultérieure avait été positive, avec rémission. La médecin indiquait qu'en 2015, sa patiente souffrait d'un trouble anxieux et d'un *burn out* ;
- des certificats d'arrêt de travail à 100 % pour cause de maladie des 11 au 13 août 2017, 24 au 30 décembre 2017, 27 janvier au 11 février 2018 et 2 au 7 mars 2018 ;
- son contrat de travail de durée indéterminée avec B. _____ SA pour un taux d'occupation de 20 %, ainsi que son amendement signé le 28 avril 2017 pour un taux de 40 %.

Par duplique du 7 janvier 2021, l'intimé a maintenu sa position et renvoyé à deux avis du SMR, le premier datant du 4 janvier 2021 [recte : 10 août 2020], et le second, nouvellement recueilli, datant du 17 décembre 2020. Dans cet avis, le SMR soulignait l'indication de la Dre N._____ dans son rapport du 13 mars 2020 selon laquelle les obstacles à la réadaptation de la recourante relevaient de sa situation familiale. Elle avait retenu un diagnostic de trouble dépressif récurrent, mais faisait également état d'une rémission des symptômes ainsi que des épisodes dépressifs et anxieux et avait attesté une capacité de travail entière au 1^{er} mars 2016. Le SMR constatait que depuis l'été 2015, les certificats d'incapacité formaient un bloc cohérent et l'état de santé de la recourante était attesté par des médecins psychiatres. En revanche, entre le 1^{er} mars 2016 et le 15 octobre 2018, il n'y avait aucune attestation d'incapacité de travail, alors que la recourante était employée par B._____ SA. Les motifs des arrêts de travail épars en 2017 et 2018 n'apparaissaient pas dans les certificats ; leur dispersion dans le temps et leurs durées brèves contrastaient avec la période précédente et ne rendaient pas plausible une « incapacité durable relevant d'une atteinte psychiatrique durablement incapacitante ». Le SMR concluait en indiquant qu'il n'y avait pas de « consistance » à une atteinte psychiatrique durant la période du 1^{er} mars 2016 au 15 octobre 2018 qui justifierait des limitations fonctionnelles, un changement d'emploi, « ni même un temps partiel ».

Par déterminations du 1^{er} février 2021, la recourante a maintenu sa conclusion et produit de nouvelles pièces. Elle a relevé que la duplique avait été déposée hors du délai imparti, que la Dre G._____ connaissait mieux son état de santé que les médecins du SMR qui se prononçaient sur la base de seuls documents dans son cas et dont l'avis était entaché d'erreurs de dates (qu'elle a mises en évidence). Si la Dre G._____ avait attesté sa capacité de travail entière en mars 2016, c'était dans la perspective qu'elle puisse se réintégrer sur le marché du travail et surtout pour qu'elle puisse s'inscrire au chômage. Toutefois, trois mois plus tard, la psychiatre avait rédigé un nouveau certificat, indiquant qu'elle ne pouvait plus exercer sa profession de déléguée médicale pour

des raisons de santé. Par ailleurs, les prémices de sa nouvelle sévère rechute étaient apparues dès le mois d'août 2018. Elle avait effectivement vécu une rémission, mais sa fragilité avait perduré et elle n'était pas sortie indemne de son épisode dépressif de 2015 qui avait nécessité une hospitalisation. Preuve en était sa rechute, pour laquelle elle avait consulté aux urgences psychiatriques [...] (ci-après : Centre hospitalier K._____) le 27 septembre 2018 - dont elle a produit le rapport - et qui l'avait ensuite amenée à sa prise en charge à la clinique T._____. Elle estimait qu'il était erroné de considérer qu'elle ne présentait aucune limitation fonctionnelle durant la période de mars 2016 à septembre 2018, sous prétexte qu'elle n'avait pas subi d'arrêt de travail continu, mais « seulement » cinq « petits » arrêts pour cause de maladie. À cette époque, elle ne travaillait qu'à 20 % puis 40 %, soit bien en-dessous de son taux d'incapacité avant l'épisode dépressif sévère de 2015, car son état de santé ne lui permettait pas de travailler davantage. Retenir qu'elle était capable de travailler sans limitation durant cette période revenait à la pénaliser d'avoir tenté de « remonter la pente » en se réintégrant partiellement dans le monde du travail.

Par déterminations du 19 février 2021, la recourante a réitéré sa conclusion et ses arguments. Sa période de chômage avait été continue depuis sa première inscription en 2016 puisqu'un second délai-cadre avait été ouvert immédiatement après son licenciement, soit le 1^{er} avril 2018. Elle a en sus produit des pièces, dont ses décomptes d'indemnités journalières chômage pour les mois de mars et avril 2016, sur lesquels figure son délai-cadre d'indemnisation, soit du 1^{er} mars 2016 au 28 février 2018. Elle a également produit deux décisions de sa caisse de chômage, dont la première du 18 décembre 2017, indiquait que son droit à l'indemnité de chômage s'était éteint le 6 décembre 2017 car elle avait épuisé ses quatre cents indemnités journalières. La seconde décision, du 30 octobre 2019 indiquait que son droit à l'indemnité de chômage s'était éteint le 4 octobre 2019 car elle avait épuisé ses deux cent soixante indemnités journalières dans son délai-cadre d'indemnisation ouvert le 1^{er} avril 2018.

Par déterminations du 25 février 2021, l'intimé a reconnu la mauvaise retranscription de certaines dates dans l'avis du SMR du 17 décembre 2020 et expliqué qu'il ne niait pas les difficultés auxquelles la recourante avait été confrontée déjà avant 2018 et ses épisodes dépressifs précédents. Cependant, les éléments au dossier ne permettaient pas d'établir qu'entre l'épisode de 2015-2016 et celui de 2018, son état de santé justifiait une incapacité de travail, dans la mesure où ses périodes de chômage, respectivement de travail à temps partiel, pouvaient aussi bien s'expliquer par des éléments étrangers à une atteinte à la santé. Les faits que les prémices de la rechute de 2018 étaient apparues dès le mois d'août et que le Dr G. _____ parlait de rechute allaient dans ce sens.

Par déterminations du 15 mars 2021, l'intimé a renvoyé à ses précédentes écritures et maintenu sa position.

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, auprès du tribunal compétent (art. 60, 38 al. 4 let. b LPGA et 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.

c) C'est le lieu de relever, sur le plan procédural, que la recourante fait valoir la tardiveté du dépôt de la duplique de l'intimé. Or il est constaté que la juge instructrice avait fixé un délai au 11 janvier 2021 à l'OAI pour lui soumettre son éventuelle duplique, et que cette dernière a été envoyée par courrier du 7 janvier 2021 (date du timbre postal), de sorte que sa recevabilité ne fait aucun doute.

d) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (LAI, 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 17 juillet 2020, de sorte que c'est à ce dernier qu'il est fait référence au sein du présent arrêt (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).

2. La question litigieuse porte sur le montant de l'indemnité journalière à laquelle la recourante a droit pendant la mesure de reclassement suivie du 27 juillet 2020 au 31 janvier 2021, singulièrement sur le revenu à prendre en considération pour servir de base de calcul au montant desdites indemnités journalières.

3. a) À teneur de l'art. 22 LAI, l'assuré a droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réadaptation, si ces mesures l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins, ou s'il présente, dans son activité habituelle, une incapacité de travail de 50 % au moins (al. 1). L'indemnité journalière se compose de l'indemnité de base, à laquelle tous les assurés ont droit, et d'une prestation pour enfant (al. 2). L'assuré n'a pas droit à une prestation pour les enfants pour lesquels des allocations pour enfant ou des allocations de formation prévues par la loi sont déjà versées (al. 3, dernière phrase).

b) L'indemnité de base s'élève à 80 % du revenu de l'activité lucrative que l'assuré percevait pour la dernière activité exercée sans restriction due à des raisons de santé et, pour l'assuré qui suit des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI, à 80 % du revenu qu'il percevait immédiatement avant le début des mesures. Dans tous les cas, l'indemnité s'élève toutefois à 80 % au plus du montant maximal de l'indemnité journalière, lequel correspond au montant maximum du gain assuré journalier fixé dans la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20 ; art. 23 al. 1 et 1bis LAI en relation avec l'art. 24 al. 1 LAI). Le calcul du revenu de l'activité lucrative se fonde sur le revenu moyen sur lequel les cotisations prévues par la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) sont prélevées (art. 23 al. 3 LAI).

Le revenu de la dernière activité exercée en l'absence d'atteinte à la santé est le dernier que l'assuré a perçu avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique. Peu importe, à cet égard, si l'activité correspondait ou non aux capacités et à la formation de l'assuré. Pour les personnes devenues invalides par suite d'accident, est déterminant, en règle générale, le revenu perçu avant l'accident (ch. 3009 de la Circulaire concernant les indemnités journalières de l'assurance-invalidité, édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], état au 1^{er} janvier 2019, version 11 [ci-après : CIJ]). Dans l'hypothèse où, à la suite de l'aggravation de son état de santé, l'assuré a été contraint d'abandonner sa profession pour accepter un emploi moins bien rétribué, l'indemnité journalière est calculée selon le revenu acquis dans la profession apprise (ch. 3010 CIJ).

c) L'art. 21 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) dispose que lors de l'établissement du revenu déterminant au sens de l'art. 23 al. 3 LAI, ne sont pas pris en compte les jours durant lesquels l'assuré n'a pu obtenir aucun revenu d'une activité lucrative ou seulement un revenu diminué en raison :

- a. d'une maladie ;
- b. d'un accident ;

- c. d'une période de chômage ;
- d. d'une période de service au sens de l'art. 1 LAPG (loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain ; RS 834.1) ;
- e. de maternité ; ou
- f. d'autres motifs n'impliquant pas une faute de sa part.

Ainsi, lorsque l'assuré est sans emploi, c'est le moment précédant le chômage qui est déterminant pour le calcul de l'indemnité journalière (ch. 3007 CIJ).

En cas de chômage ou de travail réduit, c'est le salaire mensuel obtenu au cours du dernier mois précédant la survenance de ces événements qui entre en ligne de compte. Si, à cause du chômage, un assuré a repris sans réduction une nouvelle activité lucrative (pour autant qu'il ne s'agisse pas d'un gain intermédiaire), c'est le revenu mensuel de cette nouvelle activité qui sera déterminant, même s'il est inférieur au revenu obtenu avant la survenance du chômage (ch. 3021 CIJ). À cet égard, a droit à l'indemnité journalière l'assuré qui exerçait une activité lucrative immédiatement avant la survenance de son incapacité de travail.

d) Selon l'art. 21 bis RAI, les personnes qui ont un rapport de travail stable et dont le revenu n'est pas soumis à de fortes fluctuations sont considérées comme des assurés ayant un revenu régulier, même si elles ont interrompu leur activité en raison d'une maladie, d'un accident, d'une période de chômage ou de service ou pour tout autre motif qui n'implique pas une faute de leur part (al. 1). Un rapport de travail est réputé stable lorsqu'il a été conclu pour une durée indéterminée ou pour une année au moins (al. 2). Le revenu déterminant est converti en revenu journalier. Pour les assurés payés au mois, il est calculé sur la base du dernier salaire mensuel touché sans diminution pour raison de santé et multiplié par douze. Un 13^e salaire mensuel s'ajoute le cas échéant au salaire annuel ainsi obtenu. Le produit est ensuite divisé par 365 (al. 3 let. a). Les éléments de salaire versés régulièrement une fois par année ou

à des intervalles de plusieurs mois, tels que les provisions et les gratifications, sont ajoutés au revenu déterminé selon l'al. 3 (al. 4).

Selon l'art. 21 ter RAI, pour les assurés n'ayant pas de revenu régulier au sens de l'art. 21bis, le revenu déterminant est établi d'après le gain obtenu durant les trois derniers mois sans interruption pour raison de santé et converti en revenu journalier.

e) Lorsque la dernière activité lucrative exercée par l'assuré sans restriction due à des raisons de sa santé remonte à plus de deux ans, il y a lieu de se fonder sur le revenu que l'assuré aurait tiré de la même activité, immédiatement avant la réadaptation, s'il n'était pas devenu invalide (art. 21 al. 3 RAI). Pour ce faire, on doit, dans les grandes lignes, appliquer les mêmes règles que lors de la détermination du revenu d'invalide dans le cadre de la méthode de comparaison des revenus applicable aux rentes et se fonder, si nécessaire, sur les données de l'Office fédéral de la statistique (Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 29 ad art. 23 - 23bis LAI, p. 360 et référence citée).

Le montant de l'indemnité journalière est déterminé au moyen des tables pour la fixation des indemnités journalières AI édictées par l'OFAS (art. 24 al. 5 LAI et ch. 3064 CIJ).

4. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

5. En l'espèce, il est constant que la recourante a droit à l'allocation de grandes indemnités journalières, durant l'exécution de sa mesure de reclassement, du 27 juillet 2020 au 31 janvier 2021. Des allocations pour enfant étant *a priori* déjà versées pour sa fille, il n'y a pas lieu de lui octroyer, en sus de l'indemnité de base, une prestation pour enfant, à laquelle elle ne prétend d'ailleurs pas. Le montant de l'indemnité journalière litigieuse doit ainsi correspondre à 80 % du revenu que la recourante percevait pour la dernière activité exercée sans restriction due à des raisons de santé, dans la limite du montant maximum de l'indemnité journalière.

Il s'agit ainsi de déterminer le moment à partir duquel la recourante a subi une atteinte à sa santé l'ayant rendue durablement incapable de travailler, puis d'établir le dernier revenu qu'elle a réalisé avant dite atteinte, et enfin de calculer le montant de l'indemnité conformément aux principes rappelés ci-avant.

6. a) Sur le plan médical, l'intimé a retenu la date du 15 octobre 2018 au titre de date déterminante pour le début de l'incapacité de travail de longue durée. La recourante estime pour sa part que son état de santé s'était dégradé le 16 juillet 2015 déjà, et qu'elle n'a pas retrouvé d'activité lucrative à plein temps depuis lors pour des raisons de santé.

b) Il n'est pas contesté que la recourante a subi une atteinte à sa santé psychique à l'été 2015, sous la forme d'une décompensation dépressive importante dans un contexte d'épuisement professionnel et de *burn out*, qui a justifié une hospitalisation et une interruption de travail durant sept mois et demi (du 16 juillet 2015 au 29 février 2016). Les explications de la recourante et les pièces au dossier permettent en outre de constater qu'elle avait déjà subi par le passé d'autres épisodes dépressifs (en 2007 et en 2009).

c) En revanche, à compter du 1^{er} mars 2016, il convient de retenir, au stade de la vraisemblance prépondérante et avec l'intimé, que

la recourante avait recouvré sa pleine capacité de travail. Quoi qu'elle en dise, sa capacité de travail à 100 % est attestée médicalement à cette date (cf. certificat du 22 mars 2016 de la Dre G. _____). L'on note que la Dre G. _____ était la psychiatre de la recourante depuis plus de dix ans, et la suivait régulièrement. La recourante se prévaut d'ailleurs de l'avis de cette médecin dans la présente procédure. C'est en outre sur la base de ce certificat médical que l'assurance-chômage a reconnu à l'assurée une aptitude au placement à 100 % et lui a versé des indemnités journalières durant pratiquement deux ans. Après son licenciement par la société B. _____ SA, la recourante s'est par ailleurs réinscrite à l'assurance-chômage et une aptitude au placement de 80 % lui a été reconnue.

Quant à la portée de l'attestation de la Dre G. _____ du 7 juin 2016, elle doit être relativisée. Selon ce document, la recourante n'était plus en mesure d'exercer son ancienne activité de déléguée médicale « actuellement ». Rien n'indique que cette limitation ait persisté durablement, en particulier aucun avis médical subséquent. De plus, cette praticienne n'explique nullement les raisons pour lesquelles cette activité serait devenue impossible dans une autre entreprise ni n'énumère les éventuelles limitations fonctionnelles. L'on constate que l'emploi retrouvé par la recourante, quasiment neuf mois plus tard, au sein de B. _____ SA, relevait également, ou à tout le moins était très proche, du domaine de la délégation médicale. Quoi qu'il en soit, cette activité exercée durant treize mois rend d'autant plus plausible que la recourante avait recouvré sa capacité de travail, compte tenu de l'augmentation de son taux d'activité une fois l'activité débutée (de 20 % à 40 %) et du fait que son licenciement a eu lieu pour des raisons de restructuration selon son certificat de travail, et non pour des raisons liées à son état de santé.

Contrairement à ce qu'a soutenu l'intimé dans sa duplique, la recourante a bel et bien été en arrêt de travail - à quatre reprises, pour quelques jours à chaque fois - entre le 1^{er} mars 2016 et le 15 octobre 2018, et alors qu'elle était employée par B. _____ SA. Néanmoins, elle n'a pas été à nouveau en arrêt de travail de longue durée avant l'automne 2018. En effet, comme l'a constaté le SMR, les quelques

certificats qu'elle a produits ne mentionnaient que « maladie » sans détailler les motifs des arrêts, et ne portaient que sur quelques jours répartis sur plusieurs mois, à l'inverse de ses autres périodes d'incapacités, longues et documentées, causées par ses épisodes dépressifs.

Ainsi, les pièces médicales au dossier, comme les déclarations de la recourante, permettent de considérer que dès le mois de mars 2016, son état de santé psychique s'était amélioré et son épisode dépressif était entré en rémission. La Dre N._____ faisait ainsi état d'un épisode dépressif moyen à sévère, au début de son suivi à T._____, qui évoluait lentement de manière favorable (cf. rapport du 13 mars 2020). La Dre G._____ a rapporté la survenance répétée d'épisodes dépressifs, dont l'intensité pouvait varier, dont un en 2015 et le plus récent en 2018, qu'elle a qualifié de « nouvelle péjoration psychique », avec rémission des symptômes aussi bien dépressifs qu'anxieux entre les épisodes (cf. rapport du 9 décembre 2020). Cette médecin suivait la recourante durant la période en question, sans qu'elle ne lui ait prescrit d'interruption de travail durable. Enfin, selon la recourante elle-même, ses états de crise évoluaient par vagues et elle avait toujours pu « repartir » ; elle a exposé avoir vécu une rémission puis une rechute à l'automne 2018. À cet égard, le fait que la Dre G._____ pose le 4 décembre 2020, *a posteriori*, le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33) paraît sujet à caution. En effet, cette psychiatre-traitante a suivi la recourante de 2007 à 2018, sans poser ce diagnostic, qui n'est au demeurant constaté par aucun des autres médecins consultés. À cela s'ajoute le fait que ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1). Or en l'occurrence aucune incapacité de travail de longue durée n'a été attestée durant la période litigieuse.

À la lumière de ces éléments et sans minimiser les souffrances ni les efforts de la recourante, il sied de retenir qu'entre ses épisodes dépressifs de 2015-2016 et celui ayant commencé à l'automne 2018, elle

ne se trouvait vraisemblablement pas en incapacité durable de travail. Les pièces médicales au dossier ne permettent en outre pas d'établir, au stade de la vraisemblance prépondérante, que son atteinte à la santé de longue date a été la cause de ses difficultés à retrouver un emploi à un taux plus élevé que 40 %, durant cette période. La Dre N._____ a du reste mentionné que les obstacles à la réadaptation de la recourante relevaient de sa situation familiale et socio-économique. De plus, il appert que la recourante estimait initialement que ses difficultés à trouver un emploi en-dehors de la profession de déléguée médicale avaient fini par la « miner » et causer son effondrement, et non l'inverse (cf. procès-verbal de l'entretien du 15 novembre 2019 avec sa conseillère de l'OAI).

L'analyse du SMR relative à cette période, reprise par l'OAI, ne prête ainsi pas le flanc à la critique. L'on précisera encore que les avis du SMR présentent une pleine valeur probante en l'occurrence, au vu de la jurisprudence topique, et que de telles pièces médicales ne requièrent pas d'examen clinique, mais reposent sur une analyse du dossier médical (art. 59 al. 2bis LAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). Les erreurs de dates contenues dans les avis du SMR et les écritures de l'OAI n'ont *in casu* pas d'influence sur la valeur de ces documents, hormis pour ce qui suit.

d) Il convient de constater, avec la recourante, que son épisode dépressif de l'automne 2018 a vraisemblablement provoqué une incapacité de travail durable dès le 27 septembre 2018 et non dès le 15 octobre 2018 comme l'a retenu l'intimé. En effet, cette période d'incapacité a été attestée par la Dre H._____ du 27 septembre 2018, date de la consultation de la recourante aux urgences psychiatriques, au 14 octobre 2018 (cf. certificats des 9 et 15 octobre 2018), avant que les médecins de la clinique T._____ ne prennent le relais thérapeutique. Le 15 octobre 2018 correspond en effet à la date du début du suivi dans cette clinique.

e) La date déterminante pour le début de l'incapacité de travail de longue durée de la recourante, dans le cadre de la présente cause, doit ainsi être arrêtée au 27 septembre 2018.

Les arguments de la recourante quant à la période précédente et au fait qu'elle aurait pu demander des mesures professionnelles à l'OAI auparavant si elle avait eu connaissance des prestations offertes par l'assurance-invalidité tombent donc à faux, dans la mesure de leur recevabilité.

f) Dans ce contexte, il convient de rejeter la requête de la recourante, tendant en substance à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaire (soit son audition et une expertise médicale) par appréciation anticipée des preuves. On ne voit pas en effet que de telles mesures apporteraient un éclairage différent ou nouveau du cas particulier (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 et les références citées). Elle n'a en outre pas formulé de demande claire et indiscutable qui fonderait l'obligation de tenir des débats publics au sens de l'art. 6 CEDH (TF 9C_335/2021 du 9 février 2022 consid. 3.2).

7. a) Sur le plan économique, il s'agit de fixer le revenu déterminant pour le calcul de l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité en se basant sur le dernier revenu obtenu sans diminution consécutive à une incapacité de travail, conformément aux exigences posées par les art. 23 al. 3 LAI et 21 bis RAI. À cet égard, c'est à juste titre que l'intimé a ignoré l'enregistrement de la recourante en tant qu'indépendante, vu l'annulation rétrospective de cet enregistrement.

Compte tenu du début de l'incapacité de travail de la recourante, fixé au 27 septembre 2018, c'est bien le revenu réalisé auprès de B._____ SA qui doit servir de base au calcul de l'indemnité journalière litigieuse.

En effet, immédiatement avant le 27 septembre 2018, la recourante émargeait à l'assurance-chômage. Son délai-cadre avait été ouvert le 1^{er} avril 2018 et elle a perçu 260 indemnités journalières jusqu'au 4 octobre 2019. Or conformément aux principes rappelés ci-avant, ce n'est pas le montant de l'indemnité journalière de chômage qui doit être prise en compte, mais le revenu réalisé avant la période de chômage. En l'espèce, son droit aux indemnités de chômage lié au précédent délai-cadre d'indemnisation s'était éteint le 6 décembre 2017, alors qu'elle était employée à 40 % pour B. _____ SA. Le nouveau délai-cadre en sa faveur a été ouvert dès le 1^{er} avril 2018, soit après la fin de ses rapports de travail avec cette société. Ainsi, durant plusieurs mois, son salaire ne saurait être considéré comme un gain intermédiaire dans le cadre du chômage, mais constituait bel et bien son revenu. D'ailleurs, le gain assuré qui a été retenu pour son second délai-cadre correspond à son salaire auprès de B. _____ SA, soit 4'000 fr. brut par mois.

La décision attaquée ne contient pas d'explications sur le calcul du revenu déterminant. Le courrier du 11 novembre 2020 de la Caisse de compensation compétente semble n'avoir pris en compte que trois mois de salaire (de janvier à mars 2018). Le salaire de la recourante lui était versé douze fois l'an et rien n'indique qu'une autre forme de rémunération était prévue. Dès lors, le revenu déterminant, qu'elle a réalisé jusqu'en mars 2018, s'élevait bien à 4'000 fr. par mois.

b) Il sied de rappeler ici qu'il importe peu que l'activité déterminée, et par extension son revenu, corresponde ou non aux capacités ou à la formation de la recourante (cf. consid. 3b *supra*). Les éléments médicaux développés ci-avant ont en outre permis d'établir que son atteinte à la santé n'était pas, au stade de la vraisemblance prépondérante, la cause de son taux d'activité réduit à 40 %.

Par ailleurs, bien qu'elle ne le fasse pas explicitement valoir, il semble utile de constater que la recourante n'a pas rendu vraisemblable – au stade de la simple vraisemblance (TF 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.3) – la réalisation de l'exception contenue à l'art. 21 bis al. 5 RAI.

Elle n'a ainsi pas établi la probabilité que sans la survenance de l'invalidité, elle aurait entrepris durant la période de réadaptation une autre activité lucrative que celle exercée en dernier lieu sans restriction due à des raisons de santé. Elle n'avait par exemple pas signé de contrat de travail, ou commencé une formation. Elle sortait d'une longue période de chômage, avait épuisé son droit aux indemnités, n'avait pas retrouvé d'emploi depuis plus de deux ans, et n'a pas évoqué d'activité, de taux ou de revenu spécifiques.

L'on soulignera encore que l'indemnité journalière a pour but de remplacer le salaire durant la mesure de réadaptation et ne saurait avoir pour conséquence qu'une personne assurée touchant des indemnités journalières se retrouve dans une meilleure situation financière qu'auparavant.

c) Cela étant, le revenu déterminant, de 4'000 fr. par mois, a été réalisé plus de deux ans avant la date de la fixation du montant de l'indemnité journalière en juillet 2020. Il s'agit de procéder conformément à l'art. 21 al. 3 RAI en l'actualisant à l'année 2020 au moyen de l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2020, tableau T39), ce par analogie avec l'actualisation d'un salaire hypothétique sans invalidité à l'année de référence pour le droit à la rente. L'intimé n'a pas procédé à cette adaptation, au sujet de laquelle les explications de la Caisse de compensation sont muettes. Cette étape de calcul doit être rectifiée.

d) *In casu*, le revenu de 4'000 fr. actualisé au moyen de l'ISS se monte à 4'076 fr. 36 en 2020 (+1 % en 2019 et +0,9 % en 2020).

Selon la Table pour la fixation des indemnités journalières AI, édictées par l'OFAS (version 1, valable jusqu'au 31 décembre 2021), le revenu mensuel immédiatement supérieur à ce montant s'élève à 4'106 fr., ce qui correspond à un revenu journalier moyen de 135 francs. L'indemnité journalière de base s'élève donc à 108 fr. (80 % de 135) avant déduction des cotisations sociales.

8. a) En conclusion, le recours doit être partiellement admis et la décision de l'intimé du 17 juillet 2020 réformée en ce sens que l'indemnité journalière brute de base s'élève à 108 fr., la cause étant renvoyée en tant que de besoin à l'intimé pour le calcul des montants encore dus à la recourante.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, en application de l'art. 82a LPGA). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à raison de 200 fr. à l'intimé et de 200 fr. à la recourante, vu l'issue du litige (art. 51 al. 1 LPA-VD, applicables par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) En outre, obtenant très partiellement gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante ne peut prétendre à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 17 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le montant brut de l'indemnité journalière de base s'élève à 108 fr. (cent huit francs).

III. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour le surplus, dans le sens des considérants.

IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de D._____ à raison de 200 fr. (deux cents francs) et à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité à raison de 200 fr. (deux cents francs).

V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Mme D._____,
- 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 :