

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 janvier 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Métral, juge, et Bonard, assesseur
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par Me Séverine Monferini
Nuoffer, avocate à Fribourg,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; 28 LAI ; 88a a. 1 RAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], mariée et mère de quatre enfants (nés respectivement en [...], [...], [...] et [...]), au bénéfice d'un diplôme d'infirmière en soins généraux obtenu en 1987, travaillait à temps complet en qualité de courtière en immobilier auprès de la société E._____ Sàrl (ci-après : l'employeur) depuis le 1^{er} novembre 2013.

Par formulaire daté du 25 avril 2017, l'assurée a sollicité l'octroi de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une sclérose en plaques (SEP). L'assurée notait qu'elle souffrait notamment de douleurs, faiblesses et fourmillements dans les jambes, de faiblesses dans les mains, de fatigue, de pertes de mémoire, de lenteur, de vertiges, de problèmes de concentration, de maux de tête et de difficultés à la marche. Elle a indiqué qu'elle était en incapacité de travail depuis le 15 octobre 2016 et que l'assureur Y._____ SA lui versait des indemnités journalières de perte de gain en cas de maladie.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli un rapport du 13 avril 2017 de la Dre I._____, spécialiste en neurologie au sein du Centre hospitalier B._____ (ci-après : B._____), qui retenait le diagnostic de sclérose en plaques, avec une première poussée anamnétique en 2007 sous forme d'un hémisyndrome sensitif et d'une hémianopsie homonyme latérale droite et une deuxième poussée en octobre 2016 sous forme d'une myélite avec hypoesthésie des membres inférieurs. L'assurée avait été hospitalisée au service de neurologie du B._____ pour ces atteintes en novembre 2016. Le médecin notait qu'un examen neuropsychologique avait alors été effectué et que les résultats étaient dans la norme. L'assurée avait refusé l'introduction d'un traitement médicamenteux de fond, qui était indiqué selon la Dre I._____ ; elle avait également refusé un traitement anti-dépresseur qui aurait pu avoir un effet sur le moral et un effet anti-douleur selon le médecin.

Lors d'un entretien téléphonique avec une intervenante de l'OAI, l'assurée a déclaré que lorsqu'elle avait voulu reprendre une activité professionnelle en 2013, après une période durant laquelle elle avait été mère au foyer (depuis 1989), il lui avait été impossible de le faire dans le domaine des soins, qui était trop contraignant physiquement et psychiquement compte tenu de son état de santé. C'était la raison pour laquelle elle s'était tournée vers l'activité de courtière en immobilier, qui lui permettait d'avoir davantage d'autonomie et moins de risques.

Le dossier de l'assurée auprès de l'assureur perte de gain Y. _____ SA a été versé à celui de l'OAI le 18 mai 2017, puis mis à jour à plusieurs reprises. Il contient notamment un rapport 22 mars 2017 du Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, qui exposait que la première poussée de sclérose en plaques, en 2007, avait initialement été attribuée à un petit accident vasculaire cérébral, avant que sa rechute du 15 octobre 2016 ne conduise au diagnostic rétroactif de sclérose en plaques.

Dans le formulaire de détermination du statut qu'elle a rempli le 18 mai 2017, l'assurée a informé l'OAI que sans atteinte à sa santé, son taux d'activité serait de 100 % depuis 2013, comme infirmière en soins généraux, par intérêt personnel et nécessité financière, car ses enfants nécessitaient moins sa présence au domicile familial que lorsqu'ils étaient plus jeunes.

Sollicité par l'OAI, l'employeur a indiqué par formulaire du 20 juin 2017 qu'avant son atteinte à la santé, l'assurée avait un horaire de travail irrégulier. Après son atteinte à la santé, elle avait exercé son activité à divers taux. Dite activité, exercée à temps partiel, correspondait aux capacités de l'assurée. Son travail comprenait des visites de biens immobiliers, des rendez-vous, des tâches de bureau, et des trajets en voiture. Ses horaires étaient irréguliers car dépendants de la demande des clients. Il était possible de fragmenter ses tâches et d'aménager des pauses en cas de douleurs ou de malaises.

Par communication du 31 août 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il estimait que des mesures d'intervention précoce n'étaient pas indiquées et qu'il n'était pas possible de mettre en œuvre des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, car sa situation médicale n'était pas encore stabilisée.

Par rapport du 25 octobre 2017, le Dr R._____, spécialiste en neurologie, a indiqué à l'OAI qu'il suivait l'assurée depuis le 11 novembre 2016. Il a renvoyé d'une part au médecin traitant pour les questions ayant trait à la capacité de travail de sa patiente, et d'autre part à ses rapports adressés audit médecin, qu'il a joints à son envoi. Dans un rapport qu'il a envoyé au Dr G._____ le 10 avril 2017, le Dr R._____ a indiqué que l'assurée allait débiter durant l'été un traitement immunomodulateur de Copaxone, qui avait été indiqué initialement par les médecins du B._____, pour sa sclérose en plaques de type récurrente-rémittente (SEP-RR) Le 4 juillet 2017, le Dr R._____ a fait savoir au Dr G._____ qu'après un mois de traitement, l'assurée se plaignait de plusieurs effets secondaires, tant locaux que généraux, qu'elle supportait difficilement. Le médecin observait des indurations aux sites des récentes piqûres, une hypoesthésie tacto-algésique en chaussette des deux membres inférieurs, plus marquée à droite. En revanche, l'assurée ne présentait plus de troubles sphinctériens. Il avait été convenu qu'elle continue le traitement encore durant un mois. Il ressort du rapport suivant, du 14 août 2017, que le Dr R._____ a décidé d'interrompre le traitement de Copaxone temporairement, compte tenu des plaintes de l'assurée, soit principalement une fatigue et une fatigabilité accrues, afin de déterminer si ces dernières étaient dues à la maladie ou au médicament. Après une nouvelle consultation du 15 septembre 2017, le Dr R._____ a estimé que l'assurée présentait une intolérance à la Copaxone, au vu de la notable amélioration de son état général qu'elle rapportait, malgré la persistance de quelques épisodes de céphalées migraineuses. L'assurée ne souhaitait pas entreprendre un autre traitement, pour différentes raisons personnelles (« notion d'hépatopathie chez certains de ses proches, difficultés à avaler des préparations orales, ... »), de sorte qu'un simple

suivi neurologique à six mois avait été planifié. Le Dr R. _____ s'interrogeait sur les raisons évoquées par l'assurée, qui pouvaient refléter « aussi une certaine ambiguïté (et acceptation incomplète) face à sa maladie neurologique ».

Par rapport du 21 décembre 2017, le Dr G. _____ a fait savoir à l'OAI que le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de l'assurée était une poussée de sclérose en plaques avec des troubles sensitivo-moteurs des membres inférieurs depuis octobre 2016. L'assurée présentait un développement rapide des troubles sensitifs de ses membres inférieurs avec perte de force et incontinence des selles et des urines en octobre 2016. Elle ne tolérait actuellement aucun traitement spécifique. Le médecin retenait une fatigabilité musculaire et des troubles sensitifs comme limitations fonctionnelles, qui étaient toutefois en amélioration très progressive depuis « ces derniers mois ». S'agissant de la capacité de travail, elle était impossible à prévoir pour l'avenir, mais le médecin a listé les incapacités de travail qu'il avait attestées jusqu'alors, soit :

« 100 % du 15.10.2016 au 31.01.2017
60 % du 01.02.2017 au 30.04.2017
50 % du 01.05.2017 au 30.06.2017
90 % du 01.07.2017 au 04.08.2017
70 % du 05.08.2017 au 30.08.2017
80 % du 31.08.2017 au 15.12.2017
60 % du 16.12.2017 au 16.01.2018 puis à évaluer ».

Dans un rapport du 22 février 2018, le Dr G. _____ a indiqué à l'OAI qu'il n'y avait rien de particulier à signaler depuis son dernier rapport, hormis une augmentation de la fatigue de l'assurée. Il estimait que cette dernière était capable de travailler dans son activité habituelle, qui était adaptée, à 20 % dès le 17 janvier 2018.

Par rapport du 30 mai 2018, recueilli par l'OAI le 7 août 2018, le Dr G. _____ a informé l'assureur perte de gain que l'assurée avait commencé un traitement médicamenteux (Avonex) le 14 mai 2018. Il attestait l'incapacité de travail de l'assurée du 17 janvier 2018 au 30 juin 2018 à 80 %, puis dès le 1^{er} juillet 2018 à 70 %.

Le 10 août 2018, le Dr G. _____ a fait savoir à l'OAI qu'il avait noté la persistance d'une dysgueusie, de paresthésie à type de fourmillements et d'un état de fatigue important. Il n'y avait en revanche plus de trouble sphinctérien. Comme limitations fonctionnelles, le médecin rapportait une perte de force, des troubles sensitifs, une fatigabilité augmentée, un épuisement physique et psychique météo-dépendant, s'aggravant nettement si l'assurée devait se concentrer.

L'OAI a soumis le cas de l'assurée à son Service médical régional de Suisse romande (ci-après : SMR), qui a émis un avis médical le 19 février 2019. Le médecin-conseil du SMR a constaté que le neurologue traitant ne définissait pas de limitation fonctionnelle neurologique objective ni de capacité de travail, renvoyant à l'avis du médecin généraliste traitant pour ces questions, alors qu'elles relevaient du plan neurologique. Les limitations relevées par le Dr G. _____ étaient subjectives et ressortaient des déclarations de l'assurée. Le bilan neuropsychologique effectué en 2016 était normal, de sorte que l'appréciation de la capacité de travail à 30 % était difficilement acceptable en l'état et appelait un complément d'informations de la part du Dr R. _____.

Par retour de questionnaire du 24 mars 2019, le Dr R. _____ a indiqué à l'OAI que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était stable depuis son dernier rapport, compte tenu de l'introduction du nouveau traitement. Il ajoutait que les limitations fonctionnelles étaient liées à la fatigabilité, aux troubles sensoriels des membres inférieurs et aux troubles sphinctériens. Le neurologue ajoutait que s'il était difficile pour le Dr G. _____ d'évaluer l'incapacité de travail de l'assurée, qu'il connaissait pourtant bien mieux, il n'était pas plus aisé pour lui de se prononcer. Selon le Dr R. _____, il était complexe d'évaluer ces questions, auxquelles un centre d'observation serait davantage en mesure de répondre.

Par avis médical du 16 avril 2019, le SMR a estimé qu'il était nécessaire d'effectuer une expertise bidisciplinaire de l'assurée, sur les plans neurologique et psychiatrique. Les experts devaient se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail depuis 2016. En effet, le neurologue traitant ne s'était pas positionné concrètement sur cet aspect et le médecin généraliste traitant avait attesté des taux d'incapacité fluctuants, entre 50 et 90 %, sans explication médicale selon le SMR.

Le mandat a été confié aux Drs Z._____, spécialiste en neurologie, et O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au sein du centre d'expertises N._____. (N._____ à [...]), qui ont recueilli des documents médicaux puis examiné l'assurée le 22 août 2019.

Aux termes du rapport d'expertise, daté du 18 septembre 2019, les experts ont retenu le diagnostic incapacitant de sclérose en plaques de forme poussées-rémissions. Il ressort de documents médicaux résumés par les experts, qui ne figuraient pas au dossier de l'OAI, que l'assurée a présenté une poussée modérée à moyenne au mois d'avril 2018 (avec une vision floue, par moment de la diplopie, des troubles de la concentration ainsi qu'un engourdissement de l'hémilangue droite et un acouphène, cf. rapport du Dr R._____ du 26 avril 2018, pp. 14-15 du rapport d'expertise) et une potentielle poussée au mois de mai 2019 (avec des paresthésies et un engourdissement dans le territoire cubital, relatés par l'assurée, cf. rapport du Dr R._____ du 27 juin 2019, p. 15 du rapport d'expertise). Le jour de l'expertise, les constatations cliniques du Dr Z._____ mettaient en exergue des « déficits sensitifs sur la partie haute du visage des deux côtés, sur la pulpe de tous les doigts de la main droite et au niveau du pouce et de l'index du côté gauche ainsi qu'un déficit en chaussettes remontant jusqu'au tiers proximal des jambes », « un Romberg fortement perturbé ainsi qu'une paraparésie proximale qui empêch[ait] la patiente de se relever d'une position accroupie mais que l'on ne retrouv[ait] pas au testing contre résistance ». Sur le plan somatique, les constatations lors d'un examen neurologique quasi-normal, dont il ressortait des atteintes essentiellement subjectives, et d'un bilan neuropsychologique, ne témoignaient pas de ressources

réduites de l'assurée, contrairement à la fatigue liée à la maladie elle-même. Au vu de la fréquence et du nombre de poussées de la maladie, l'expert neurologue admettait que la fatigue induite engendrait un état d'épuisement, donc une baisse de rendement, obligeant l'assurée à fractionner son travail. Ainsi, son activité était pleinement adaptée et permettait au Dr Z._____ de retenir une capacité de travail de 70 % comme courtière en immobilier, car ce métier permettait l'adaptation à la fatigue. Il évaluait la capacité de travail de l'assurée à 70 % également dans toute activité adaptée qui respecterait les limitations fonctionnelles (activité sédentaire, adaptable à la fatigue, limitant les efforts, les déplacements et le port régulier de charges supérieures à 5 kg).

Sur le plan psychique, aucun diagnostic incapacitant n'était retenu chez l'assurée qui n'avait jamais été suivie par un psychiatre ; seul un diagnostic partiel de troubles de la personnalité évitants et anxieux était envisagé par la Dre O._____. L'évaluation avait mis en évidence des traits de la personnalité particuliers, qui ne correspondaient pas à un diagnostic structuré, mais étaient « souvent à l'origine d'un sentiment et d'un ressenti d'exacerbation des symptômes en place, ce qui [pouvait] expliquer les raisons pour lesquelles elle avait tendance à voir tous les effets secondaires des traitements médicamenteux en place ». L'experte psychiatre recommandait la mise en place d'un suivi en psychothérapie puis éventuellement, si nécessaire, d'un traitement antidépresseur, qui pourraient « beaucoup apaiser les symptômes anxieux de la personne assurée et baisser les éléments contrôlants et la garde de l'assurée par rapport à sa prise en charge et par rapport à sa maladie, ce qui pourrait optimiser la prise en charge actuelle ».

Les experts se sont en outre prononcés sur la personnalité de l'assurée, ses ressources et la cohérence de son comportement. Ils ont relevé que les difficultés rencontrées par le corps médical pour lui faire accepter les différentes investigations conduisant au diagnostic ainsi que les traitements, étaient étonnantes s'agissant d'une professionnelle de la santé. Elle avait par exemple mis un terme à son hospitalisation d'octobre 2016, contre l'avis des médecins, en raison d'un départ en

vacances. Le fait de prendre des traitements était à l'opposé de sa philosophie de vie, elle préférait les outils de soins naturels, ce qui avait retardé l'accès aux soins de la sclérose en plaques. La multiplicité de ses plaintes et leur interprétation imposaient une certaine retenue. Les experts relevaient un manque de recul de l'assurée vis-à-vis de sa symptomatologie, liée non seulement au traitement de sa maladie mais également à la maladie elle-même et à sa personnalité. Comme facteurs de surcharge, il était retenu le manque de ressources financières dû à la rémunération à la commission de son activité professionnelle, et les difficultés rencontrées par deux de ses enfants (l'une, née en [...], suivie dans un atelier protégé dans le cadre d'un diagnostic de troubles du spectre autistique, et l'autre, né en [...], sous traitement pour des troubles de déficit de l'attention). Comme ressources, les experts notaient l'emploi de l'assurée, son conjoint qui la soutenait, et ses relations sociales (l'assurée voyait des amis deux fois par mois, qui venaient manger chez elle ou l'inverse). Elle était quelqu'un de dynamique et qui se prenait « en main ».

De manière consensuelle, les experts ont repris les conclusions du Dr Z. _____ s'agissant de la capacité de travail.

Le 15 octobre 2019, les experts du N. _____ ont rédigé un complément d'expertise à l'attention du SMR, qui les avait interpellés afin de connaître leur évaluation quant à la date à laquelle l'atteinte à la santé était devenue incapacitante, à l'évolution de la capacité de travail à partir de cette date, et au moment à partir duquel la capacité de travail de 70 % était exigible. Les Drs Z. _____ et O. _____ ont ainsi précisé que selon eux l'atteinte à la santé de l'assurée était devenue invalidante le 15 octobre 2016 en raison d'une poussée de sclérose en plaques ayant entraîné des déficits neurologiques importants. Ils admettaient les incapacités de travail telles que certifiées par le Dr G. _____ pour la période allant du 15 octobre 2016 au 19 décembre 2018. Les experts proposaient de retenir le 20 décembre 2018 comme date d'exigibilité car ce jour-là, le Dr R. _____ indiquait que la tolérance à l'Avonex était améliorée, que l'évolution des trois derniers mois était satisfaisante

puisque l'assurée n'avait remarqué aucune poussée et elle supportait beaucoup mieux son traitement avec prémédication au Brufen.

Le SMR s'est rallié aux conclusions des experts du N. _____ par avis du 18 octobre 2019.

L'OAI a procédé à une enquête ménagère le 4 mai 2020, compte tenu de la situation familiale et des revenus irréguliers de l'assurée, tels que ressortant de l'extrait de son compte individuel AVS. L'enquêteur a confirmé le statut déclaré par l'assurée, soit active à 100 %. Il a en outre constaté que les empêchements ménagers étaient moindres, compte tenu de l'organisation de la famille et du fait que l'assurée pouvait effectuer toutes les tâches tant qu'elles étaient réparties dans le temps. Son époux et leurs enfants participaient déjà de manière active à la plupart des activités avant l'atteinte à la santé de l'assurée. Les enfants en particulier étaient décrits comme autonomes en 2013, à l'exception du cadet dont les horaires coïncidaient toutefois avec ceux de son père et dont l'hyperactivité était stable sous traitement. L'assurée avait pu reprendre une activité lucrative à temps complet en 2013, ce qui corroborait son statut.

Par projet de décision du 10 juillet 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité entière limitée dans le temps, du 1^{er} octobre 2017 au 31 mars 2019 (pour un degré d'invalidité de 80 % jusqu'au 30 septembre 2018 et de 70 % dès lors). Le droit s'était éteint le 1^{er} avril 2019, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé, le 20 décembre 2018. Comme elle pouvait reprendre son activité professionnelle habituelle, aucune mesure professionnelle ne pouvait permettre de réduire son préjudice économique.

Par courriers des 16 juillet, 3 août (dates des timbre postaux) et 28 septembre 2020, l'assurée s'est déterminée sur le projet susmentionné. Elle contestait l'amélioration notable de son état de santé, décrivait ses symptômes ainsi que les effets secondaires liés à son

traitement médicamenteux par injections. Elle expliquait qu'elle n'arrivait en pratique pas à atteindre 30 % de sa capacité de travail et qu'elle éprouvait des difficultés à effectuer ses tâches ménagères. L'assurée relevait des erreurs dans le rapport d'expertise du N._____, soit qu'en réalité son époux et elle avaient invité des amis à manger chez eux quatre fois durant les sept semaines de vacances scolaires de l'été 2019, et que son époux, qui était instituteur et donc en vacances, avait préparé les repas à ces occasions. Plus aucun de leurs enfants ne prenait le repas de midi au domicile familial et son fils aîné l'avait quitté définitivement en 2015. Les experts n'avaient pas tenu compte de ses nombreuses et incessantes douleurs, ni des effets secondaires de son traitement, et de ses symptômes en augmentation continue depuis 2018, soit sa lenteur, ses difficultés de concentration et de mémoire, la diminution de sa force et de son endurance, son besoin d'avoir des toilettes à proximité en permanence, ses vertiges, fourmillements, tremblements intérieurs, son hypersensibilité, etc. L'assurée a joint à son envoi un rapport d'IRM cérébrale du 8 septembre 2020, duquel il ressortait une absence d'évolution significative par rapport aux contrôles précédents, ainsi que deux rapports du Dr R._____. Dans un rapport du 16 juin 2020 adressé au Dr G._____, le neurologue traitant de l'assurée écrivait que sa maladie évoluait potentiellement vers une forme transitionnelle, avec l'extension progressive de ses troubles sensitifs des membres inférieurs. L'évolution des douze derniers mois était restée relativement stable, du moins sans symptômes caractéristiques d'une nouvelle poussée franche, mais l'hypoesthésie en chaussettes était désormais longue, soit s'étendant jusqu'au rebord supérieur des rotules des deux côtés. Le 18 septembre 2020, le Dr R._____ rapportait la forme potentiellement transitionnelle de la maladie de l'assurée, ainsi que des céphalées chroniques, d'allure mixte migraineuse, jugées supportables. Il n'y avait pas, sur la base des examens cliniques et radiologiques récents, de signe d'activité majeure, voire d'agressivité de la sclérose en plaques, qui justifierait un renforcement thérapeutique. L'Avonex était bien supporté sur le plan biologique ; les céphalées chroniques, déjà documentées en 2010, étaient itérativement exacerbées lors de l'administration de ce médicament mais contrebalancées de manière supportable par la prise

d'Irfen. L'évolution était qualifiable d'acceptable, malgré les éléments mentionnés. Le Dr R._____ s'étonnait dès lors que les experts aient retenu une amélioration notable de l'état de santé de sa patiente, constatation qu'il n'avait pour sa part jamais faite.

Dans un avis médical du 26 octobre 2020, le SMR s'est prononcé sur le rapport du Dr R._____ du 18 septembre 2020. Les éléments décrits étaient déjà connus lors de l'expertise, les troubles sensitifs subjectifs étaient déjà présents mais l'examen neurologique était quasiment normal, le traitement était identique et les examens complémentaires rassurants. Le SMR retenait l'absence d'activité majeure de la sclérose en plaques, ainsi que celle d'élément justifiant de modifier son appréciation.

Par courrier du 19 novembre 2020, l'OAI a pris position sur les déterminations de l'assurée, reprenant les conclusions de l'avis du SMR susmentionné.

Dans un courrier daté de « janvier 2021 » et parvenu à l'OAI le 12 janvier 2021, l'assurée a contesté la position de l'OAI, réitérant ses arguments, notamment concernant ses maux de tête.

L'OAI a répondu à l'assurée le 12 janvier 2021, lui indiquant que les éléments qu'elle avançait avaient déjà été pris en compte et qu'elle allait recevoir une décision sujette à recours.

Par décision du 27 janvier 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision et octroyé une rente d'invalidité limitée dans le temps à l'assurée, ainsi que deux rentes pour enfants liées à la sienne.

B. Par acte du 26 février 2021, P._____, alors représentée par Me Rébecca Grand, a formé recours contre la décision de l'OAI du 27 janvier 2021, par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision entreprise en ce qu'elle niait tout droit à une rente à compter du

1^{er} avril 2019 ; à l'octroi d'une rente à compter de cette date, portant intérêt ; et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

En substance, la recourante a fait valoir les arguments qu'elle avait avancés dans ses déterminations du 16 juillet 2020 et elle a remis en cause la valeur probante du rapport d'expertise du N._____, qui suivait le canevas des expertises en cas de troubles psychiques, pour quatre motifs.

Elle relevait un biais important dans l'appréciation de sa personnalité (1) car les experts avaient omis de considérer que ses réponses étaient influencées par son état pathologique, ce qui engendrait une perte de cohérence importante du rapport et de ses conclusions. Les experts lui avaient reproché de « vouloir tout contrôler », de ne pas avoir fourni suffisamment d'informations, d'avoir majoré ses plaintes et d'avoir un comportement d'évitement. Pourtant, ses comportements permettaient aux experts de retenir une structure de personnalité pathologique avec des traits anxieux et évitants, ce qui les avait menés à suggérer une prise en charge auprès d'un psychothérapeute et dans un deuxième temps, si cela ne fonctionnait pas, la mise en place d'un traitement antidépresseur. Les experts avaient justifié le fait de ne pas tenir compte de son appréciation par ses traits pathologiques. Ils avaient estimé que ces troubles ne causaient pas de limitation sur le plan de la capacité de travail, pourtant ils avaient souligné les aspects contrôlant, majorant, non collaborant et évitant de sa personnalité. Les experts avaient dans le même temps expliqué que ces troubles pouvaient mettre en échec un traitement ou retarder la prise en charge et justifiaient une médication. Ces biais soutenaient toute l'analyse de sa personnalité. Ainsi, son affirmation selon laquelle elle ne pouvait plus sortir, se promener, voir des amies, supporter le bruit, le bricolage, les promenades était totalement passée sous silence. Sa libido avait également été mal appréciée, car cette dernière avait informé l'experte qu'elle n'avait plus eu de relations sexuelles avec son mari depuis son hystérectomie en 2010, alors que l'experte avait mentionné qu'il n'y avait « aucune diminution de la libido ».

Ses ressources (2) consistaient en son mari et ses enfants, ce qui ne pouvait pas être qualifié de ressources larges et variées, de sorte que cet aspect de l'analyse était lacunaire.

S'agissant de l'influence des limitations dans tous les domaines, soit le critère de la cohérence (3), la recourante contestait l'appréciation des experts selon laquelle les limitations n'étaient pas uniformes dans tous les domaines. Elle estimait au contraire, au vu de sa journée type et des limitations qu'elle rapportait, que la réduction de son activité de mère de famille était plutôt réduite de 70 % que de 30 %, compte tenu de l'aide que son époux lui apportait, de la diminution de sa vie sociale, et de la prise en charge de ses enfants.

Enfin, la recourante contestait la date et l'ampleur de l'amélioration de sa capacité de travail retenues (4), qui avaient été décidées de manière extrêmement succincte. L'intimé s'était fondé sur une assertion du neurologue traitant qui n'avait « absolument pas été formulée, pour déterminer la capacité de travail », mais qui avait « juste attesté d'une petite amélioration des effets secondaires du traitement ». Il ne pouvait pas être déduit de cette assertion que sa capacité de travail s'était améliorée, du moins pas notablement. Du reste, même si cela avait été le cas, « il serait totalement incroyable que les experts, et le SMR, se fondent sur ce document pour statuer alors même que, jusque-là, les déclarations du neurologue n'avaient pas été jugées suffisamment dignes de foi ».

La recourante soutenait que l'intimée aurait dû mettre sur pied une nouvelle expertise pluridisciplinaire neurologique et psychiatrique, vu le défaut de valeur probante de l'expertise du N._____. Eu égard à la jurisprudence, il appartenait à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'ordonner une telle expertise. Son audition était également requise.

Dans sa réponse du 12 avril 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et exposé que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ne se justifiait pas. Il a relevé que les experts pouvaient constater des anomalies sur le plan de la personnalité, lesquelles pouvaient néanmoins être surmontées par des mesures thérapeutiques appropriées, de sorte qu'aucune conséquence notable sur la capacité de travail n'était perceptible. Ce n'était qu'en cas d'échec d'une mesure de suivi psychothérapeutique que la prise d'une médication était proposée. Un diagnostic spécifique ne définissait pas une capacité de travail déterminée. Il ne pouvait être admis que la vie sociale ou la libido de la recourante n'avaient pas été appréciées valablement au motif que les spécialistes avaient exprimé une opinion différente de celle émise par la recourante. Pour ce qui était des ressources, la recourante en avait une vision réductrice. Elle était en emploi, était mariée et soutenue par son mari, ne connaissait pas d'isolement social. Les experts avaient de plus analysé la situation à l'aide d'un outil reconnu, qui n'avait révélé aucune limitation fonctionnelle. L'enquête ménagère avait conclu à de moindres empêchements ménagers, compte tenu de l'aide apportée par les membres de la famille de la recourante et du fait qu'elle pouvait réaliser toutes les activités domestiques pour autant qu'elles soient fractionnées et réparties dans le temps. L'intimé n'avait en outre pas de remarque particulière à formuler à l'égard de la motivation de la date retenue comme étant celle de l'amélioration de la capacité de travail de la recourante.

Par réplique du 27 mai 2021, la recourante a maintenu ses conclusions et réitéré ses arguments, précisant que ses traits de la personnalité avaient bien une influence sur sa capacité de travail puisqu'ils étaient une « source de la mise en échec de certaines prises en charge » selon les experts et qu'ils nécessitaient un suivi psychothérapeutique, y compris une médication. L'appréciation de sa libido était contradictoire, car elle était mariée, vivait avec son époux avec qui les relations étaient bonnes, de sorte qu'il n'était pas cohérent de ne retenir aucune diminution de la libido. Au sujet des ressources, la recourante s'étonnait que les experts n'aient retenu aucune limitation

dans le critère de l'endurance, alors qu'ils notaient un état d'épuisement et de fatigue que le repos ne parvenait pas à soulager. Dans un nouveau grief, la recourante faisait valoir l'appréciation de sa situation par rapport à une vie « standard », ce qui n'était pas admissible. Sans l'invalidité, la recourante aurait été beaucoup plus entreprenante qu'une personne lambda, certainement plus que la moyenne des femmes dans sa condition, vu ce qu'elle avait pu accomplir malgré sa maladie, ne serait-ce que durant les périodes d'incapacité reconnues. Il y avait donc manifestement une réduction des ressources, dans sa situation concrète et personnelle. Le contenu du rapport d'évaluation ménagère était sujet à caution, car la procédure d'établissement d'un tel rapport n'était pas transparente. Par ailleurs, le fait de fractionner ou de faire des pauses entre les activités démontrait bien une perte de rendement qui signalait la présence d'empêchements. La recourante a en outre produit une pièce avec son écriture, soit un rapport du 19 mai 2021 rédigé par la Dre U._____, spécialiste en neurologie, dont le contenu était le suivant :

« Cette patiente est suivie en consultation neurologique dans mon cabinet depuis le 22 février 2021. Elle souffre d'une sclérose en plaque [sic] de forme poussées/rémission depuis au-moins [sic] 2007. Un traitement par Avonex est effectué 1 fois par semaine, traitement avec de forts effets secondaires pendant 12 à 24 heures.

Il s'agit d'une maladie dégénérative chronique, et en règle générale un handicap physique et neurocognitif s'accumule au fur et à mesure des années. Actuellement, elle va physiquement relativement bien, par contre cette progression d'accumulation d'handicap est surtout visible dans le domaine neurocognitif avec une fatigabilité accrue et une diminution de son rendement. Un examen neuropsychologique effectué récemment et comparé avec celui de 2016 fait bien ressortir cette aggravation. Elle présente des troubles attentionnels et exécutifs, beaucoup plus présents l'après-midi que le matin.

Dans ce contexte, j'estime sa capacité résiduelle de travail au maximum entre 50 et 60 %, cependant, avec éventuellement avec [sic] une diminution de rendement en plus ».

Avec sa duplique du 10 juin 2021, l'intimé a produit un nouvel avis du SMR du 8 juin précédent, selon lequel le rapport de la Dre U._____ n'apportait aucun élément médical susceptible de modifier ses conclusions. Le SMR expliquait que le traitement était resté inchangé et que l'estimation de la capacité de travail faite par la neurologue

consistait en un point de vue différent d'un même état de fait. L'intimé a maintenu sa position.

Les parties ne se sont pas déterminées plus avant.

Par courrier du 20 octobre 2021, Me Grand a informé la Cour de céans qu'elle n'était plus mandatée par la recourante, laquelle était désormais représentée par Me Séverine Monferini Nuoffer dans le cadre de la présente procédure.

E n d r o i t :

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

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

2. a) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si la partie recourante ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en

considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d ; 135 V 141 consid. 1.4.4).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, en particulier au-delà du 31 mars 2019. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans s'étend également à la période depuis le début du droit à la rente, puisque la décision attaquée porte sur l'octroi d'une rente limitée dans le temps et simultanément sur sa suppression.

3. 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 27 janvier 2021 (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).

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

de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

c) 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 (art. 29 al. 1 LAI). La rente est versée dès le début de mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent

faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

d) 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).

6. a) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou

d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé (premier groupe d'indicateurs), avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré, des capacités inhérentes à sa

personnalité et d'éventuels troubles de la personnalité, avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

Le second groupe d'indicateurs comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. En l'occurrence, il est constant que la recourante souffre principalement d'une sclérose en plaques, maladie dont elle a subi une première poussée en 2007, puis une deuxième poussée franche en

octobre 2016. La recourante conteste l'existence d'une amélioration notable de son degré d'invalidité en décembre 2018. En revanche, elle ne remet pas en cause son statut de personne active professionnellement à 100 %, ni le fait que son activité de courtière en immobilier est adaptée à ses limitations fonctionnelles.

L'intimé s'est basé essentiellement sur le rapport d'expertise du N. _____ du 18 septembre 2019, ainsi que sur son complément du 15 octobre suivant, pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de cette décision, la recourante a présenté une incapacité de travail et de gain totale à l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par la loi (art. 28 al. 1 let. c LAI), soit au mois d'octobre 2017, ce qui coïncidait également avec le délai minimal de l'art. 29 al. 1 et 3 LAI, ainsi qu'une incapacité de travail moyenne supérieure à 40 % durant cette année, justifiant l'ouverture du droit à une rente entière (art. 28 al. 1 let. b et al. 2 LAI). Dès le mois de décembre 2018, la capacité de travail était cependant de 70 % dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée, conduisant à la suppression du droit à la rente au 31 mars 2019, soit après trois mois d'amélioration (art. 88a al. 1 RAI).

La recourante, pour sa part, conteste la valeur probante de l'expertise et de son complément. Elle s'est prévalu de l'appréciation de ses médecins traitants et du droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 mars 2019, « au taux qui sera déterminé au terme de la procédure d'instruction ».

Il s'agit tout d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise du N. _____.

8. a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du N. _____ remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante. En effet, les experts ont établi le contexte médical de la recourante de manière très détaillée, puisqu'ils ont reconstitué son dossier médical sur trois ans, recueillant de nombreux documents médicaux, dont des certificats et des rapports d'imagerie qui

ne figuraient pas au dossier de l'intimé. Ils ont procédé aux examens cliniques de la recourante personnellement conformément à leur spécialité, avant de tenir une discussion au terme des deux entretiens séparés, puis rédigé une évaluation consensuelle. Les experts ont établi l'anamnèse personnelle, familiale, professionnelle, systémique et actuelle de la recourante. Ils ont listé ses plaintes (en particulier, le Dr Z. _____ l'a fait de manière très complète, cf. p. 22 du rapport d'expertise). Les experts ont communiqué des conclusions motivées et cohérentes avec leurs observations, sans manquer de se prononcer à l'aune des indicateurs pertinents dégagés par la jurisprudence fédérale (consid. 5 *supra*).

b) aa) S'agissant du volet neurologique de l'expertise, la recourante ne formule pas de grief précis. Elle relève que l'appréciation du neurologue traitant aurait été écartée car elle n'avait pas été jugée suffisamment digne de foi. Or force est de constater que le Dr R. _____ ne s'est en réalité jamais prononcé concrètement sur la capacité de travail de la recourante, ce qu'il n'entendait du reste apparemment pas faire (cf. rapports des 25 octobre 2017 et 24 mars 2019). Lorsque le neurologue a noté une capacité de travail dans ses rapports, il s'agissait de retranscriptions des propos de la recourante et non de constats objectifs (« selon son vécu une charge de travail à 30 % [est] juste supportable » notamment, cf. rapport du 27 juin 2019, rapport d'expertise p. 15). Les rapports médicaux du Dr R. _____ ont été dûment pris en compte par les experts, qui ont retenu le même diagnostic que lui, la même attitude thérapeutique, et n'ont en substance pas pris de conclusion contraire aux siennes. L'examen neurologique du Dr Z. _____, ainsi que l'examen neuropsychologique au dossier, étaient quasiment normaux, de sorte qu'hormis la fatigue de la recourante, engendrant un état d'épuisement et donc une diminution de rendement évaluée à 30 %, ses fonctions relatives à sa capacité de travail étaient conservées. Le Dr Z. _____ a tenu compte des déficits sensitifs et des plaintes de la recourante, de ses comorbidités et des rapports d'imagerie disponibles. Il a jugé que l'examen neurologique était rassurant, ne révélant qu'un déficit subjectif, les différents tests neurologiques qu'il a effectués n'ayant pas révélé d'autre particularité. Contrairement à ce que prétend la recourante, aucun

document médical au dossier ne permet de jeter le doute sur ses conclusions étayées. On rappellera dans ce contexte que du point de vue des assurances sociales, ce n'est pas le diagnostic qui est déterminant, mais son impact sur la capacité de travail (ATF 143 V 418 consid. 5.2.2 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2).

La recourante soutient que son besoin de fractionner ses tâches n'a pas été correctement évalué. Or il a dûment été considéré, par la diminution de son rendement de 30 % ; son employeur et elle-même ayant d'ailleurs indiqué que son activité actuelle lui permettait un aménagement adéquat à cet égard (cf. questionnaire de l'employeur et rapport d'entretien du 28 juin 2017). De même, les céphalées chroniques, dont la recourante considère qu'elles n'ont pas suffisamment été prises en compte, sont apparemment apparues en 2010 déjà, sans qu'elles n'aient jamais été considérées comme invalidantes par ses médecins traitants (cf. rapport du Dr R. _____ du 18 septembre 2020, qui les qualifie de supportables et indique qu'elles sont contrebalancées par la prise d'Irfen). Les plaintes de la recourante, qu'il ne s'agit du reste pas de minimiser, ont dûment été évaluées par l'expert Z. _____. Ce dernier a estimé que médicalement, la plupart d'entre elles n'avaient pas d'incidence sur sa capacité de travail dans une activité adaptée ou dans son activité habituelle, hormis sa fatigue et fatigabilité accrues. Il a ainsi en particulier noté que la plupart des plaintes de la recourante n'avaient pas de traduction clinique, selon ses constatations (rapport d'expertise, p. 29). Or quoi qu'en dise la recourante, pour fixer le degré d'invalidité, il sied de se fonder sur des documents médicaux, de sorte que nombre de ses arguments, en ce qu'ils ne sont pas étayés médicalement, doivent être écartés.

bb) La recourante argue que la date d'amélioration notable retenue dans le complément d'expertise ne correspondrait pas à la réalité médicale, puisqu'elle se fonde sur un rapport du Dr R. _____, qui ne se prononçait pas sur cette problématique mais sur celle de la tolérance au traitement médicamenteux. On relève en sus que le Dr R. _____ a

indiqué dans son rapport du 18 septembre 2020 qu'il n'avait jamais fait le constat d'une amélioration notable.

S'il est vrai que les experts avaient manifestement omis de traiter la question de l'évolution dans le temps de la capacité de travail de la recourante, leur complément sur cette question ne prête pas le flanc à la critique, après examen des pièces médicales au dossier, établies en temps réel.

In casu, la dernière poussée franche de sclérose en plaques objectivée date du mois d'avril 2018. La potentielle poussée du mois de mai 2019 n'a pas pu être constatée par le Dr R. _____oz, qui a seulement rapporté les propos de la recourante lors de sa consultation du mois de septembre 2019. La recourante n'avait pas mentionné les symptômes rapportés auparavant et le médecin signalait que l'on pouvait « tout au plus hésiter » à qualifier ces derniers de « suggestifs » d'une poussée. Ces considérations hypothétiques ne permettent pas de retenir, au stade de la vraisemblance prépondérante, que la recourante aurait subi une poussée au mois de mai 2019. Les rapports médicaux, établis en temps réel, soutiennent au contraire une certaine stabilité dans l'état de santé de la recourante. Ainsi, le 20 décembre 2018, le Dr R. _____ notait : « SEP-RR stable. Tolérance à l'Avonex améliorée. L'évolution des trois derniers mois est satisfaisante puisque la patiente non seulement n'a remarqué aucune poussée, mais supporte beaucoup mieux son Avonex avec « prémédication » au Brufen. Elle semble par ailleurs aussi avoir trouvé un équilibre professionnel et familial avec une capacité de travail résiduelle à 30 %, une fatigue et une fatigabilité persistantes (mais pas inhabituelles en cas de SEP) étant un état de fait chez elle ». Le 24 mars 2019, le Dr R. _____ rapportait que l'évolution de l'état de santé de la recourante était stable. Le Dr R. _____ a indiqué dans un rapport du 27 juin 2019 que la maladie était stable et que l'évolution était satisfaisante du point de vue neurologique depuis six mois, mais qu'il persistait une fatigue et une fatigabilité importantes. Dans cette même lignée, il a écrit le 16 juin 2020, soit après l'expertise mais avant la reddition de la décision litigieuse, que l'évolution des douze derniers mois était restée relativement stable, du

moins sans symptôme caractéristique d'une poussée franche. Le Dr R._____ a encore relevé, le 18 septembre 2020, après l'expertise, et de manière concordante avec cette dernière, qu'il n'y avait pas de signe d'activité majeure voire d'agressivité de la maladie et qu'un renforcement thérapeutique n'était pas justifié.

Les rapports du Dr R._____ reflètent manifestement un tableau clinique globalement stable. Il suivait régulièrement la recourante au moment déterminant, et a attesté la stabilisation de son état de santé dans les trois mois précédant le 20 décembre 2018. La dernière poussée constatée de la sclérose en plaques remontant au mois d'avril 2018 et le début du traitement à l'Avonex, qui a permis une certaine stabilisation des manifestations de la maladie de la recourante, datant du mois de mai 2018, il est hautement vraisemblable que la recourante ait atteint sa capacité de travail de 70 %, telle que constatée de manière probante par les experts, entre le printemps 2018 et le mois de décembre 2018, ce que les rapports du Dr R._____ précités permettent de soutenir. Il s'ensuit que l'appréciation rétrospective des experts du N._____ quant à l'amélioration notable de la capacité de travail de la recourante, qui s'est maintenue par la suite, est entièrement convaincante au vu des éléments médicaux au dossier. Ce grief tombe donc à faux.

cc) L'appréciation du Dr G._____, médecin généraliste, qui n'est pas spécialiste en neurologie, n'est pas clairement soulevée par la recourante, à juste titre. Comme l'a relevé le SMR, ce médecin a attesté l'incapacité de travail de la recourante de manière fluctuante, sans objectiver ces modifications sur le plan médical, en se référant à ses déclarations. Si lesdites interruptions de travail ont été validées par les experts jusqu'à la fin de l'année 2018, son avis ne saurait ainsi prendre le pas sur celui de l'expert Z._____. Au demeurant, le Dr G._____ a plutôt rapporté une amélioration de la capacité de travail de la recourante à l'été 2018, soit après l'introduction du traitement par Avonex, ce qui est congruent avec l'avis du Dr R._____ à la fin de l'année 2018 et avec la date d'amélioration notable retenue par les experts.

dd) Quant au rapport de la Dre U._____, que la recourante a produit en procédure judiciaire, il a été établi le 19 mai 2021, soit après que la décision litigieuse a été rendue et il ne saurait être pris en compte dans la présente cause. En effet, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. consid. 4c *supra*). Ce certificat ne porte en sus pas sur la situation médicale prévalant au moment déterminant dans la présente procédure, la Dre U._____ ne suivant la recourante que depuis le mois de février 2021 et ne prétendant du reste pas se prononcer sur une période antérieure.

Il est à noter que ce rapport fait référence à un nouvel examen neuropsychologique qui aurait révélé une aggravation de l'état de santé de la recourante sur ce plan, ce qui pourrait éventuellement justifier une nouvelle demande de prestations de la part de la recourante, tout comme d'éventuelles nouvelles poussées, ce que les experts ont également soulevé (« La CT [capacité de travail] est susceptible de se dégrader en fonction de nouvelles poussées éventuelles », rapport d'expertise p. 30). Il reste loisible à la recourante, le cas échéant, de présenter une telle demande.

c) Partant, matériellement, aucun avis médical au dossier ne permet de remettre en cause l'évaluation de l'expert sur le plan somatique, qu'il sied de confirmer.

9. Sur le plan psychique, l'experte O._____ n'a pas posé de diagnostic, ayant ou non une influence sur la capacité de travail.

a) L'experte psychiatre a procédé à l'examen clinique de la recourante, notamment en procédant à son anamnèse psychiatrique systématique (avec notamment ses fonctions cognitives, son humeur, son éventuelle angoisse et dissociation, ses fonctions « végétatives » et autres symptômes d'allure somatoforme, ses antécédents, le déroulement d'une journée type) puis en établissant son status psychiatrique par des constatations objectives relatives aux traits discutés dans l'anamnèse. La

Dre O._____ a détaillé l'examen de la structure de la personnalité de la recourante, qui appelait des précisions, ensuite de quoi elle a motivé les raisons pour lesquelles elle excluait tout diagnostic de la lignée psychique (cf. rapport d'expertise pp. 40-41). Elle a ainsi souligné l'absence d'antécédent psychiatrique et le fait que la recourante n'avait jamais bénéficié d'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique. Elle a indiqué que la recourante s'était occupée de toute l'éducation de ses quatre enfants et de la gestion de son foyer. Le fait que son fils cadet, en difficulté (avec un traitement de Ritaline et un suivi pédopsychiatrique) avait commencé une formation de CFC interpellait « positivement et sign[ait] l'importance de la prise en charge et du soutien de sa mère ». L'examen de la Dre O._____ n'avait pas révélé de symptôme d'allure dépressive, il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur, pas d'idée noire, pas de discours négatif, ni de signe de la série psychotique. La recourante présentait une certaine description très négative et dramatique de la situation, sans que ce soit négatif pour autant, mais plutôt démonstratif ; elle avait besoin de reconnaissance et d'interpeler l'environnement médical. L'experte O._____ soulevait un potentiel diagnostic partiel de trouble de la personnalité évitante et anxieuse (F60.6), selon la classification reconnue CIM-10, sans qu'il soit suffisamment structuré pour pouvoir le reconnaître. Les traits de personnalité particuliers repérés lors de l'expertise ne permettaient pas à la Dre O._____ de poser un diagnostic incapacitant, mais ces traits étaient souvent à l'origine d'un sentiment et d'un ressenti d'exacerbation des symptômes en place, ce qui pouvait expliquer les raisons pour lesquelles la recourante avait tendance à voir tous les effets secondaires des traitements médicaments en place, et son besoin de contrôle sur ces derniers était souvent la source de la mise en échec de certaines prises en charge. L'experte proposait donc à la recourante d'être suivie et prise en charge auprès d'un psychothérapeute-psychologue, afin qu'elle puisse avoir un espace de parole pour exprimer son ressenti et son rapport à sa maladie, voire un traitement antidépresseur dans un deuxième temps.

Force est de constater que l'experte O._____ a motivé de façon cohérente et convaincante l'exclusion de tout diagnostic

psychiatrique et les raisons pour lesquelles elle conseillait à la recourante d'entreprendre un suivi en psychothérapie-psychologie. Contrairement à ce que prétend la recourante, aucune contradiction ne ressort de l'appréciation de la Dr O._____. L'indication d'un traitement antidépresseur avait du reste également été formulée par les médecins du B._____ lors de la deuxième poussée franche de sclérose en plaques, en 2016. De plus, la recourante n'a jamais consulté de médecin psychiatre ou de psychothérapeute, et n'a semble-t-il jamais été en incapacité de travail pour des raisons psychiques. Ces éléments permettent également d'établir l'absence d'atteinte déterminante sur le plan psychique, et partant de caractère incapacitant d'une telle atteinte, puisqu'inexistante.

Il s'agit en outre de rappeler qu'en principe, selon la jurisprudence, seul un trouble psychique grave peut être invalidant au sens juridique (ATF 143 V 418 consid. 5.2.2 ; TF 8C_280/2021 du 17 novembre 2021 consid. 6.2.2). Même à retenir le diagnostic (partiel) qui n'a été que soulevé par l'experte, l'atteinte n'aurait certainement pas été qualifiable de grave et d'incapacitante au vu des constatations de la Dre O._____. De surcroît, il existe manifestement un potentiel thérapeutique important, encore inutilisé, ce qui ferait de toute façon douter à ce stade du caractère durable de cette hypothétique atteinte à la santé (*ibid.*).

Quoi qu'il en soit, aucun document médical au dossier ne contredit l'appréciation diagnostique de la Dre O._____. Dans ces conditions, il n'y a aucune raison valable de douter des conclusions de l'experte, en dépit de ce que la recourante soutient.

b) La recourante a formulé de nombreuses critiques quant à l'application des indicateurs idoines (cf. consid. 5 *supra*).

Faute de diagnostic, il n'y a pas lieu, en l'occurrence, d'évaluer le cas à l'aune de la procédure probatoire structurée instaurée à l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 5b et c *supra*).

c) Tout au plus relèvera-t-on par surabondance que l'experte O. _____ a correctement indiqué et examiné les indicateurs du premier comme du second groupe en l'espèce. Contrairement à l'opinion de la recourante, il n'y a pas lieu de remettre en question le constat posé par l'experte quant à l'existence de bonnes ressources personnelles. En particulier, l'intéressée est toujours en emploi, est soutenue par son conjoint et ses enfants selon ses déclarations, entretient des relations amicales de longue date, pratique un instrument de musique (rapport d'expertise, p. 36 ; rapport d'enquête ménagère). Rien ne laisse penser que les ressources de la recourante auraient été appréciées selon une vie « standard » comme elle le prétend, si tant est qu'une telle notion existe. L'évaluation de ses ressources et limitations a également été menée selon le cadre institué par la Mini CIF-TAPP (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, un instrument de mesure des aptitudes psychiques), sans que des limitations déterminantes ne soient relevées. Ce constat demeure inchangé nonobstant les allégations de la recourante en procédure de recours concernant la fréquence moindre des repas organisés entre amis à son domicile, des repas cuisinés pour ses enfants, ou son absence de vie sociale et de libido. L'on relève à l'égard de l'absence de relations sexuelles de la recourante, qu'elle semble elle-même la lier à l'hystérectomie qu'elle a subie dix ans auparavant et non à une atteinte psychique actuelle ou à sa maladie neurologique (cf. rapport d'expertise, p. 34). Elle ne semble en outre pas avoir mentionné ni mis l'accent sur cet élément lorsqu'elle a listé ses plaintes aux experts. Quant à l'état d'épuisement et de fatigue de la recourante, il a été dûment relevé et pris en compte dans l'appréciation de sa capacité de travail par le Dr Z. _____, qui a jugé qu'il était lié à la maladie neurologique, de sorte que l'absence de limitation de l'endurance annoncée par la Dre O. _____ ne saurait remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts. Les traits particuliers de la personnalité de la recourante, que l'experte psychiatre a mis en exergue, apparaissent davantage susceptibles d'être des motifs d'exclusion, et non des signes que la recourante souffrirait d'une atteinte psychique invalidante contrairement à ce qu'elle fait valoir. On note à cet égard l'absence de notion d'anosognosie dans le dossier médical de la recourante. Lesdits traits portent majoritairement sur son

comportement à l'égard des thérapies recommandées, qu'elle a retardées ou refusées par le passé, pour des raisons personnelles, ce qui permet en principe de relativiser le poids des souffrances et la diminution des ressources des assurés, puisque le potentiel thérapeutique n'a pas été épuisé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2 et consid. 5c *supra*). L'expert Z._____ a également noté ce comportement, amenant à un déficit de cohérence, chez la recourante (cf. rapport d'expertise pp. 25 et 29). Au surplus, le Dr R._____ notait une certaine ambiguïté de la recourante face à sa maladie dans son rapport du 15 septembre 2017, ce qui corrobore cet aspect de la personnalité de la recourante. Comme l'a relevé l'intimé, des anomalies sur le plan de la personnalité, pouvant être surmontées par des mesures thérapeutiques appropriées, ne sauraient impliquer de notables conséquences sur la capacité de travail de la recourante.

Il est encore constaté l'incohérence de la posture actuelle de la recourante, qui prétend souffrir d'une atteinte psychique grave qui influencerait sa capacité de travail, alors qu'elle n'a jamais consulté de médecin ou de spécialiste pour une telle atteinte, même si cela lui avait été conseillé en 2016 déjà.

Il se justifie dès lors de rejeter les griefs de la recourante portant sur l'analyse de ses ressources, de sa personnalité, de son contexte social et de son comportement. Eu égard à ce qui précède, la Cour de céans ne peut que confirmer l'absence d'atteinte du registre psychique susceptible d'amoindrir la capacité de travail de la recourante.

10. a) Tant du point de vue des diagnostics, de la capacité de travail dans une activité adaptée ou dans son activité habituelle, que de la date d'amélioration de sa capacité de travail, la recourante ne fait valoir aucun argument susceptible de jeter le doute sur les conclusions médicales des experts du N._____, suivies par l'intimé. Il s'ensuit que ce dernier était fondé à retenir qu'elle présentait une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles comme dans son activité habituelle à compter du mois de décembre 2018.

b) Partant, le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ou l'appointement d'une audience pour auditionner la recourante, tels qu'elle les a requis, seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (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).

11. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, la recourante ne formule pas de grief particulier. Tout au plus a-t-elle fait valoir un manque de transparence général lors de l'établissement du rapport d'enquête ménagère et la prise en compte insuffisante de ses limitations dans les tâches domestiques. Ces arguments tombent quoi qu'il en soit à faux sur le plan économique, puisque son statut d'active à 100 % a été validé et n'est pas contesté, ce qui implique que la méthode mixte ne trouve pas application (art. 28a al. 3 LAI et 27bis RAI).

En l'occurrence, le degré d'invalidité de la recourante se confond avec celui de son incapacité de travail, puisqu'une capacité de travail lui a été médicalement reconnue dans son activité habituelle à compter du mois de décembre 2018 (application de la méthode de la comparaison en pour-cent, TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et 9C_137/2010 du 19 avril 2010). De plus, lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail (TF 9C_759/2018 du 18 février 2019 consid. 2 et les références citées).

Ainsi, le degré d'invalidité fixé par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique et s'élève à 30 % dès la date de l'amélioration de la capacité de travail de la recourante, ce qui ferme son droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 mars 2019, trois mois après dite amélioration (art. 28 al. 1 LAI *cum* 88a al. 1 RAI).

12. a) Compte tenu de l'âge de la recourante, ainsi que de son degré d'invalidité, il convient d'analyser la question de son éventuel droit à des mesures de réadaptation.

b) Il arrive que l'octroi préalable de mesures de réadaptation constitue une condition *sine qua non*, d'un point de vue professionnel, à la valorisation économique de la capacité de travail (TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). Lorsque le droit à la rente d'une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins est réduit ou supprimé par révision (art. 17 al. 1 LPGA), reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), ou dans le cadre d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps (ATF 145 V 209 consid. 5), la jurisprudence considère que cette personne appartient à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail (TF 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.1 et 5.2). Par conséquent, dans ces situations, l'examen et l'exécution des éventuelles mesures constituent une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette dernière ne pouvant prendre effet antérieurement (TF 8C_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.4 et les références citées).

c) Lorsqu'une personne a recouvré la capacité à reprendre l'exercice de son activité habituelle, elle ne remplit pas les conditions du droit à une mesure de reclassement (TF 9C_413/2008 du 14 novembre 2008 consid. 2.2). La loi assimile la rééducation dans la même profession au reclassement (art. 17 al. 2 LAI).

d) En l'occurrence, la rente d'invalidité de la recourante, limitée dans le temps, lui a été octroyée à titre rétroactif alors qu'elle était âgée de 55 ans, et a été simultanément supprimée. Toutefois, elle n'a en réalité jamais quitté la vie active ni l'exercice de son activité habituelle, qui est adaptée à ses limitations fonctionnelles. La recourante n'a pas

conclu à l'octroi de mesures de réadaptation ni manifesté son souhait d'en bénéficier auprès de l'intimé.

Dans ces conditions, il ne se justifie pas d'examiner plus avant la possibilité de lui octroyer des mesures de réadaptation. La décision entreprise n'appelle pas de critique sur ce point non plus.

13. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs) sont mis à la charge de P._____.
- IV.** 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 :

- Me Monferini Nuoffer (pour Mme P. _____),
- 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 :