

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 novembre 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Métral, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 6 s., 16, 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 - 2 et 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. **a)** T. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de bureau. Selon l'extrait du 16 septembre 2016 de son compte individuel (CI) AVS, elle a travaillé depuis [...] par périodes entrecoupées de périodes chômées. De juin 2014 à février 2015, elle a œuvré comme secrétaire-réceptionniste pour le compte de la société H. _____ SA à [...]. Dans cette activité, elle réalisait un revenu mensuel brut de 4'000 fr. (servi treize fois l'an) correspondant à un revenu annuel de 52'000 francs. Ayant épuisé son droit aux indemnités journalières de l'assurance-chômage, elle vit de l'aide sociale depuis le 1^{er} mars 2015. Dans le cadre des mesures mises en place par le Centre Social Régional (CSR) [...], elle a effectué une mission temporaire, du 15 juin au 15 décembre 2015, auprès de la Justice de Paix. Le 15 novembre 2015, elle a été victime d'une agression. En arrêt de travail depuis lors, elle a subi une fracture spiroïde du 4^{ème} métacarpien de la main droite (dominante) opérée le 23 novembre 2015 par le Dr A. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ; après cette intervention chirurgicale subsistait une algoneurodystrophie sévère (syndrome douloureux régional complexe [SDRC]) pour laquelle l'assurée a bénéficié de physiothérapie, d'ergothérapie et d'un traitement médicamenteux. S'y est ajoutée, de manière temporaire, une capsulite rétractile de l'épaule droite.

b) Le 29 juillet 2016, T. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison des suites de son agression de la mi-novembre 2015.

Dans un questionnaire 531bis du 3 octobre 2016, l'assurée a indiqué en bonne santé vouloir travailler à 100 % depuis 1988 comme employée de bureau par nécessité financière et intérêt personnel.

Selon le questionnaire de l'employeur, soit la société H. _____ SA, complété le 5 octobre 2016, dans le cadre de l'exercice de

son activité de secrétaire-réceptionniste, l'assurée s'occupait de l'accueil des clients (rarement), de la centrale téléphonique (parfois), d'envoi de plaquettes de vente ainsi que de la gestion de l'économat (rarement), et de la rédaction des procès-verbaux de chantier ainsi que du service après-vente (parfois).

Dans ses rapports des 2 et 24 mai ainsi que des 3 août et 3 novembre 2017, le Dr A. _____ était d'avis que toute activité manuelle devait être évitée en raison des douleurs liées à l'algoneurodystrophie avec un certain degré de limitation fonctionnelle des 3^{ème} et 4^{ème} doigts et éventuellement quelques douleurs d'accompagnement. Au terme de sa consultation du 25 janvier 2018, ce médecin a, au vu des restrictions séquellaires de sa patiente pour la reprise d'une activité de secrétariat-dactylographie, proposé une réorientation professionnelle vers une activité manuellement moins exigeante. Il a estimé que si la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle depuis l'accident, elle était d'au moins 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès mars 2016 ; il convenait d'éviter tous travaux nécessitant l'usage répétitif de la main droite et tous travaux de manutention (rapport du 16 mars 2018 du Dr A. _____). De son côté, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a considéré que la capacité de travail de l'assurée était de 100 % dans une activité adaptée épargnant la main droite et a octroyé une mesure « REA » pour vérifier la capacité de travail résiduelle et les activités administratives encore possibles, ainsi que la capacité de travail dans une activité de réceptionniste (cf. document intitulé « Mandat IP-REA » du 14 septembre 2018).

Par communication du 9 novembre 2018, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge des frais d'une mesure d'observation professionnelle nécessaire selon l'art. 69 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201) auprès de l'Orif [...], du 29 octobre au 31 décembre 2018 ; cette mesure devait s'effectuer dans la section « Réception-téléphone » du centre à un taux de présence de 80 %. L'assurée a présenté un taux effectif de 58 % consécutif notamment aux douleurs ressenties (rapport intermédiaire du 19 décembre 2018 de l'Orif

[...]). L'observation professionnelle a été prolongée à un taux de présence de 100 %, jusqu'au 3 février 2019 (communication du 9 janvier 2019 de l'OAI). L'assurée a présenté un taux de présence effectif de 59 %, avec un rendement de 30 - 40 %, en raison d'un ralentissement dû aux douleurs et aux problèmes mnésiques (lacunes de concentration, voire une difficulté à retenir des données de travail à court terme), toujours dans un poste de réceptionniste (document intitulé « Partenaire - Note d'entretien » du 11 février 2019 ; rapport intermédiaire du 28 février 2019 de l'Orif [...]). Par la suite une mesure de réinsertion en vue d'un entraînement progressif au sens de l'art. 14a LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) avec un taux de présence de 60 % pour atteindre 100 % au 30 juin 2019 a été mise en place, mais a dû être interrompue prématurément le 17 juin 2019 au vu des difficultés, de la persistance des douleurs et de la fatigue de sa bénéficiaire (document intitulé « REA - Proposition/Bilan de mesure » du 14 mars 2019 ; rapport de fin de mesure du 20 juin 2019 de l'Orif [...]).

Dans un rapport du 22 juillet 2019 à l'OAI, le Dr O. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a posé le diagnostic incapacitant de syndrome douloureux complexe depuis 2016. Il a constaté des douleurs et paresthésies aux membres inférieurs en sus des douleurs et impotence du poignet droit de l'assurée. De l'avis du médecin traitant, la capacité de travail exigible de sa patiente était de 100 % dans une activité adaptée (à savoir, sans port de charges).

Par rapport du 2 septembre 2019 à l'OAI, la Dre B. _____, spécialiste en anesthésiologie, a posé les diagnostics incapacitants de CRPS (*complex regional pain syndrome*) à la main droite, depuis novembre 2015, et de lombosciatalgies après une chute, depuis octobre 2018 lors du stage à l'Orif. Cette médecin ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de l'assurée.

Dans un rapport du 26 novembre 2019 à l'OAI, le Dr D. _____, spécialiste en neurochirurgie, posant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de hernie discale cervicale C4-C5 et

C6-C7, de lombalgies mécaniques, de CRPS (*complex regional pain syndrome*) de la main droite avec posture dystonique, de dysplasie corticale pariétale gauche ainsi que de tremblement essentiel du chef de la voix et des membres supérieurs (diagnostic différentiel : trémol dystonique), a estimé que la capacité de travail de l'assurée était probablement de 80 % à terme avec toutes les mesures adaptatives (position, changement de position de travail, hauteur de la table, physiothérapie ambulatoire, ...).

En raison de ses maux, l'assurée a consulté plusieurs spécialistes (cf. rapport du 21 octobre 2019 de la Dre R._____, médecin praticien ; rapport du 6 janvier 2020 du Dr J._____, spécialiste en anesthésiologie ; rapports des 12 décembre 2019, 24 février et 7 décembre 2020, 21 juin 2021 du Dr M._____, spécialiste en neurologie) dont il ressort en particulier que l'intéressée était connue d'un tremblement essentiel peu symptomatique et sans impact fonctionnel, d'évolution favorable sous traitement par bêtabloquant (Indéral® 40 mg deux fois par jour).

L'OAI a requis le point de vue du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) sur les éléments médicaux recueillis au dossier qui, par la voix de la Dre E._____, a retenu que la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles pour le membre supérieur et le dos avait été attestée à un taux de 80 - 100 % par les médecins et a proposé la reprise des mesures de « REA » (avis du 10 février 2020).

Un rapport « REA - Rapport final » du 23 mars 2020 d'une spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI a mis fin au mandat. Il y est conclu à une capacité de travail de 80 % de l'assurée dans une activité de réceptionniste-téléphoniste ne nécessitant pas de travaux d'écriture ainsi que dans le domaine de l'industrie légère.

Nanti des renseignements idoines (document intitulé « Calcul du salaire exigible » du 23 mars 2020 [pièce 107]), l'OAI a, par projet

d'acceptation de rente du 31 mars 2020, informé l'assurée de son intention de lui allouer une rente entière limitée dans le temps du 1^{er} janvier 2017 au 30 juin 2018. Cette dernière a renoncé pour sa part à l'aide au placement le 4 mai 2020 puis s'est opposée, par l'intermédiaire de son conseil Procap, au projet de décision précité le 28 mai 2020 en demandant à l'OAI de compléter l'instruction médicale du dossier.

En juin-juillet 2020, un carcinome canalaire *in situ* du sein droit, de bas grade nucléaire sans nécrose, a été diagnostiqué et traité par tumorectomie et radiothérapie justifiant une totale incapacité de travail de l'assurée, du 11 août au 18 septembre 2020 (rapport du 21 juillet 2020 de la Dre I._____, spécialiste en pathologie ; rapport du rapport du 6 février 2021 du Dr I._____, spécialiste en radio-oncologie et radiothérapie).

Suivant le point de vue du SMR (avis « audition » du 7 juillet 2021 de la Dre E._____), l'OAI a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, médecine physique et réadaptation, psychiatrie et neurologie) au G._____ (G._____) de [...]. Dans leur rapport d'expertise du 29 octobre 2021, les Drs S._____, médecin praticien, V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, O._____, spécialiste en neurologie, et W._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont posé les diagnostics ayant ou non une incidence sur la capacité de travail suivants :

- Suspicion de possible syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) (diagnostic non certain).
- Crf [*Cancer-related fatigue*].
- Status post-exérèse large à l'union des quadrants internes du sein droit, avec recherche de ganglion sentinelle d'un carcinome canalaire *in situ* pTis pN0 (0/1 de bas grade, récepteurs hormonaux positifs 100%, PR 20%).
- Status post fracture du quatrième métacarpien droit ostéosynthésée le 23.11.2015.
- Status post-syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur droit, apparu dans les suites post-opératoires, d'évolution objectivement favorable, mais avec persistance de douleurs chroniques et d'une discrète raideur en flexion des quatre doigts longs de la main droite.
- Status post-décompression chirurgicale du nerf cubital au coude gauche et épitrochléctomie en 2008, avec algoneurodystrie post-

- opérateur, nécessitant une mobilisation du coude gauche et de l'épaule gauche sous narcose avec récupération complète.
- Status après ostéosynthèse de la malléole externe droite en février 2011.
- Lombalgies communes sur troubles de la statique rachidienne et lésions dégénératives à type de spondylose de L2 à L5.
- Probable tremblement essentiel.
- Probable dysplasie corticale focale pariétale gauche, de découverte fortuite sur une IRM [imagerie par résonance magnétique] cérébrale, sans traduction clinique et sans impact sur la capacité de travail."

Ces experts ont retenu de manière consensuelle que dans l'activité habituelle de secrétaire-réceptionniste réputée adaptée, en référence aux mesures mises en place à l'Orif, la capacité de travail de l'assurée était de 50 % du 16 mars 2018 (à savoir, la date proposée par le chirurgien traitant) au 16 juin 2019 et de 85 % dès le 17 juin 2019 (à savoir, la date de la fin des mesures de réinsertion). Il s'agissait d'une baisse de rendement de 15 % en raison d'un manque de dextérité de la main droite et d'une baisse de rendement de 10 % pour la fatigue en lien avec le diagnostic de Crf, mais qui ne s'additionnaient pas. Ils ont également estimé qu'il n'existait pas d'explication relevant de la médecine physique et de réadaptation pour justifier la non augmentation progressive de la capacité de travail de 60 à 85 % lors des mesures de réadaptation.

Après avoir soumis l'expertise au SMR (rapport d'examen du 14 décembre 2021), l'OAI a, par projet de décision 15 décembre 2021 - qui annule et remplace le précédent projet du 31 mars 2020 -, informé le conseil de l'assurée de son intention d'allouer à cette dernière une rente entière du 1^{er} janvier 2017 au 30 juin 2018, puis une demi-rente du 1^{er} juillet 2018 au 30 septembre 2019. Ses constatations étaient les suivantes :

"Suite à votre contestation du 28 mai 2020 à l'encontre de notre préavis du 31 mars 2020, nous avons complété l'instruction médicale du dossier de Mme T._____, notamment en effectuant une expertise médicale pluridisciplinaire.

Il ressort de ce complément d'instruction qu'en raison de son atteinte à la santé, Mme T._____ a présenté les incapacités de travail et de gains suivantes :

- 100 % du 15 novembre 2015 au 16 mars 2018
- 50 % du 17 mars 2018 au 17 juin 2019
- 15 % dès le 18 juin 2019.

En effet, du point de vue médical, il s'avère que Mme T. _____ présente une capacité de travail et de gains de 85 % à partir du 18 juin 2019, dans son activité habituelle ainsi que dans toute autre activité adaptée à sa situation et qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail de manutention, ni de mouvements répétitifs nécessitant la dextérité de la main droit[e], possibilité de changer la position, pas de port de charge supérieur à 15 kg, pas de porte-à-faux, pas de mouvements répétitifs contraignants pour le dos.

Au vu de ce qui précède, au terme du délai de carence d'une année, soit le 16 novembre 2016, le droit à une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100 % est ouvert.

Toutefois la demande de prestations de Mme T. _____ du 29 juillet 2016 est tardive. Dès lors, la rente ne peut être versée qu'à compter du 1^{er} janvier 2017, soit au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, selon l'article 29, alinéa 1, LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20].

La rente entière est remplacée par une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 50%, dès le 1^{er} juillet 2018, soit après le délai de trois mois d'amélioration de la capacité de travail et de gains, prévu à l'article 88a, alinéa 1, RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201].

Un degré d'invalidité de 15% n'ouvre pas le droit à la rente, dès lors, celle-ci est supprimée au 30 septembre 2019, soit après le délai de trois mois prévu à l'article 88a, alinéa 1, RAI, susmentionné. [...]"

Ce projet de décision a été contesté par le conseil de l'assurée le 18 janvier 2022 en particulier s'agissant de la capacité de travail retenue en demandant un complément de l'instruction médicale du dossier selon l'art. 69 RAI avant de procéder à un nouveau calcul du préjudice économique.

Dans un avis SMR du 16 février 2022, la Dre E. _____ a estimé que la contestation de l'assurée n'apportait aucun nouvel élément médical objectif susceptible de modifier sa position.

Aux termes d'un avis du 31 mars 2022, une juriste a répondu à la gestionnaire en charge du cas à l'OAI ce qui suit :

"Le dossier nous a été soumis en vue d'un examen de la contestation.

Je constate en premier lieu que si l'expertise revêt une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, elle qualifie l'activité de « *secrétaire-réceptionniste* » d'activité habituelle en se référant aux mesures effectuées à l'Orif et estime la capacité de travail à 100% avec baisse de rendement de 15%. Or, il semble que lors de son passage à l'Orif, l'assurée effectuait une activité de « *réception-téléphone* », les douleurs à la main constatées limitant l'exécution de certaines tâches décrites. Il n'est donc pas certain que nous puissions considérer que la capacité de travail de 100% avec baisse de rendement de 15% retenue par les experts se réfère à l'activité habituelle de l'assurée, qui exerçait en dernier lieu comme « *secrétaire-réceptionniste* », ce qui semble correspondre à d'autres qualifications. Ce point devra être éclairci par notre service de réadaptation.

L'assurée est par ailleurs au bénéfice d'un CFC d'employée de bureau et a exercé pour divers employeurs depuis l'obtention de son diplôme, entrecoupé de périodes de chômage dès 2010. Dans son calcul du préjudice économique du 23 mars 2020, notre service de réadaptation a retenu un revenu sans invalidité de niveau de compétence 1, considérant que l'intéressée n'avait que partiellement mis en valeur son CFC. Ce point devrait également être repris, afin d'expliquer de manière argumentée pourquoi le CFC n'aurait pas été mis en valeur. S'il s'avère que les postes occupés par l'assurée correspondaient à sa formation niveau CFC, c'est le niveau de compétence 2 qui devrait être retenu pour la fixation du revenu sans invalidité.

Dans l'hypothèse où il serait confirmé que l'assurée n'a plus accès à un poste correspondant à ses qualifications initiales, il y aurait donc lieu de procéder à un nouveau calcul du préjudice économique, comparant les gains dans l'activité habituelle et dans l'activité adaptée possible à 85% et en examinant si un abattement se justifie. Enfin, la question de l'octroi de mesures d'ordre professionnel devrait alors également se poser, plutôt que celle de l'observation professionnelle au sens de l'art. 69 RAI - comme le suggère le représentant de l'assurée - puisque les experts ont considéré que dans l'activité testée en dernier lieu à l'Orif, aucun motif médical ne justifiait une capacité de travail de moins de 85 %."

Le dossier a été réexaminé par la Division réadaptation à l'OAI qui a motivé sa position dans une note du 8 avril 2022. S'agissant du revenu sans invalidité (RS), le revenu annuel de 52'000 fr. réalisé par l'assurée avant son atteinte à la santé en 2015 correspondait à un salaire statistique proche du niveau 1 avec pour conséquence que le CFC d'employée de bureau n'était pas entièrement mis en valeur, ce que confirmait la lecture du compte individuel (CI) AVS de l'intéressée. Le revenu correspondant au niveau 2 avait été obtenu de 2005 à 2008, suivie d'une longue période de chômage entrecoupée de plusieurs périodes de courtes activités avec de faibles revenus, pour réaliser en dernier lieu une

activité administrative comme secrétaire réceptionniste de niveau 1. Concernant le revenu d'invalidé (RI), il pouvait être calculé sur la même base que pour celui sans invalidité, l'assurée étant en mesure d'exercer une activité de type administrative dans le même domaine qu'avant l'atteinte à la santé ainsi que d'autres activités de type administratives non qualifiées dans des postes plus en contact avec des clients (moins de tapping), notamment dans le cadre d'une réception. Le revenu statistique s'élevait à 46'897 fr. 34 à un taux de 85 %. Aucune mesure n'était susceptible de réduire le préjudice économique inférieur à 20 %. Enfin, le service de réadaptation a souligné que le préjudice économique de 15 % pourrait encore être davantage réduit par la prise d'un autre type d'activité non qualifiée, soit un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement, ou dans le domaine de la vente simple (shops et autres).

Nanti d'un nouvel avis juriste du 4 mai 2022, l'OAI a, par courrier du même jour adressé au conseil de l'assurée, pris position sur les critiques soulevées à l'appui de la contestation envers son projet de décision du 15 décembre 2021.

Malgré les objections formulées par le représentant de l'assurée, l'OAI a, par décision du 24 mai 2022, confirmé la teneur de son projet de décision du 15 décembre 2021.

B. T._____, représentée par Procap, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 29 juin 2022 en concluant à son annulation et à la constatation de son droit aux prestations litigieuses. Subsidiairement, elle a conclu à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. La recourante a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical en contestant la valeur probante de l'expertise G._____ en se plaignant principalement de la diminution de rendement retenue par les experts. Ce faisant, elle a

contesté la capacité de travail résiduelle de 85 % retenue en soutenant qu'elle ne dépassait pas un taux de 60 % dans son activité habituelle au vu de l'évolution défavorable de son état de santé qui ne permettait pas d'exclure une fibromyalgie. Sur le plan économique, elle a contesté le calcul de son revenu sans invalidité effectué par l'OAI en plaidant qu'il se justifiait de se référer au niveau 2 des statistiques. Concernant le calcul de son revenu d'invalidité par l'office intimé, elle a critiqué l'absence d'abattement, qui, à ses yeux, devait s'élever à 25 % pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles (vitesse de travail minimale, besoin de pauses, ...), même pour accomplir des activités légères, et de son absence prolongée du marché du travail. Enfin, elle s'est plainte de l'absence de mesures professionnelles en sa faveur au vu d'un degré d'invalidité « d'au moins 20 % » avec des difficultés importantes rencontrées sur le lieu de travail.

Dans sa réponse du 21 juillet 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Se référant à sa décision ainsi qu'au courrier du 4 mai 2022, il a estimé avoir déjà répondu aux critiques de la recourante qui n'étaient pas de nature à modifier sa position.

C. Par décision du 10 août 2022, T._____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 juin précédant. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

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) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente et/ou des mesures d'ordre professionnel.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (pour la LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et pour le règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 138 V 176 consid. 7.1). Le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse, sous réserve de motifs particuliers imposant exceptionnellement l'application immédiate du nouveau droit (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 119 Ib 103 consid. 5). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1^{er} janvier 2022. En revanche si la décision concerne un premier octroi de rente échelonnée ou limitée dans le temps rendue après le 1^{er} janvier 2022, mais porte sur une modification déterminante du droit qui a pris naissance avant cette date, ce sont les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (cf. ch. 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1^{er} janvier 2022 ; ch. 1007 à

1009 de la Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rente linéaire [Circ. DT DC AI] valable dès le 1^{er} janvier 2022).

En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue le 24 mai 2022. Le début du droit aux prestations est fixé au 1^{er} janvier 2017 compte tenu de la demande tardive (au sens de l'art. 29 al. 1 LAI). L'état de santé de la recourante s'est amélioré en mars 2018 puis en juin 2019, de sorte que les dates déterminantes pour les changements sont celles de juillet 2018 et septembre 2019, soit trois mois après les améliorations observées (cf. art. 88a al. 1 RAI). L'ancien droit, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, s'applique dès lors en l'espèce.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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.

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

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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [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 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

c) 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 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Concernant la limitation fonctionnelle relative à la fatigabilité, il sied de relever que le Tribunal fédéral a admis que la fatigue liée au cancer est un syndrome multidimensionnel, qui peut durer plusieurs années après la fin du traitement (ATF 139 V 346 consid. 3). Dans cet arrêt, il a considéré que les principes concernant le caractère surmontable de la douleur au sens de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, exposée à l'ATF 130 V 352, ne sont pas applicables par analogie pour trancher la question des effets invalidants d'une fatigue liée à un cancer (*Cancer related fatigue*), dans la mesure où celle-ci est sous-jacente, au moins indirectement, à une cause organique. En d'autres termes, une valeur incapacitante peut, à certaines conditions, être reconnue à une fatigue liée au cancer. En substance (cf. consid. 3.3), le Tribunal fédéral a résumé la littérature scientifique et a constaté que la cause et l'origine du « *Cancer related fatigue* » selon l'état actuel de la science médicale ne sont pas établies. Il y a cependant unanimité sur le fait que les causes sont complexes, que les facteurs somatiques, émotifs, cognitifs et psychosociaux interagissent et qu'en raison de telles maladies, les effets internes et psychiatriques se font sentir dans 30 à 40 % des cas longtemps après la thérapie.

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste FMH (Fédération des médecins suisses) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) L'autorité intimée a alloué une rente entière du 1^{er} janvier 2017 au 30 juin 2018, puis une demi-rente du 1^{er} juillet 2018 au 30 septembre 2019. Par ailleurs, il a considéré qu'aucune mesure n'est susceptible de réduire le préjudice économique inférieur à 20 %. Cette décision s'appuie sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du G. _____ du 29 octobre 2021 (cf. rapport d'examen SMR du 14 décembre 2021 de la Dre E. _____, du SMR).

Dans un premier moyen, la recourante conteste l'évaluation faite par l'office intimé de son état de santé sur la base de l'expertise précitée.

b) L'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, médecine physique et réadaptation, psychiatrie et neurologie) a retenu les diagnostics, ayant ou non une incidence sur la capacité de travail, de suspicion de possible syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 ; diagnostic non certain), de Crf (*Cancer-related fatigue*), de status post-exérèse large à l'union des quadrants internes du sein droit, avec recherche de ganglion sentinelle d'un carcinome canalaire in situ pTis pN0 (0/1 de bas grade, récepteurs hormonaux positifs 100%, PR 20%), de status post fracture du quatrième métacarpien droit ostéosynthésée le 23 novembre 2015, de status post-syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur droit (apparu dans les suites post-opératoires, d'évolution objectivement favorable, mais avec persistance de douleurs chroniques et d'une discrète raideur en flexion des quatre doigts longs de la main droite), de status post-décompression chirurgicale du nerf cubital au coude gauche et épitrochléectomie en 2008 (avec algoneurodystrie post-opératoire, nécessitant une mobilisation du coude gauche et de l'épaule gauche sous narcose avec récupération complète), de status après ostéosynthèse de la malléole externe droite en février 2011, de lombalgies communes sur troubles de la statique rachidienne et lésions dégénératives à type de spondylose de L2 à L5, de probable tremblement essentiel ainsi que de probable dysplasie corticale focale pariétale gauche, de découverte fortuite sur une IRM cérébrale, sans traduction clinique et sans impact sur la capacité de travail. Les experts ont retenu que les troubles résiduels à la main droite de l'assurée justifiaient l'éviction de travaux de manutention ou comportant des mouvements répétitifs intensifs de la main droite. Le port de charge de plus de quinze kilos ainsi que les positions en porte-à-faux ou mouvements répétitifs de torsion du tronc devaient également être évités. Ils ont estimé que l'activité habituelle de secrétaire-réceptionniste était adaptée, en référence aux mesures mises en place à l'Orif. Ils ont retenu que la capacité de travail était de 50 % dès le 16 mars 2018, date indiquée par le Dr A. _____ et de 85 % dès le 17 juin 2019, soit à la date à laquelle il avait été mis fin aux mesures de réinsertion. Ils ont précisé qu'il s'agissait d'une baisse de rendement de 15 % en raison d'un manque de dextérité de la main droite et d'une baisse de rendement de 10 % en rapport avec la fatigue en lien

avec le Crf (*Cancer-related fatigue*), mais qui ne s'additionnaient pas. Ils ont par ailleurs indiqué qu'il n'y avait pas d'explication relevant de la médecine physique et de réadaptation pour justifier la non augmentation progressive de la capacité de travail de 60 à 85 % lors des mesures de réadaptation.

aa) Les experts ont justifié leurs diagnostics et l'évaluation de la répercussion des atteintes sur la capacité de travail. Ainsi, au moment d'apprécier la situation, ils ont retenu, de manière consensuelle, les considérations suivantes (rapport d'expertise, évaluation consensuelle, p. 4 ss) :

"Madame T. _____ est une assurée âgée de 52 ans, de nationalité suisse. Elle est divorcée depuis janvier [...]. Elle est mère d'un enfant adulte âgé de 27 ans.

Après les études obligatoires jusqu'à l'âge de 16 ans, elle obtient en [...] un CFC d'employée de commerce. Depuis 2010, elle n'a plus d'employeur fixe, mais a eu différents contrats soit à durée déterminée, soit interrompus, notamment le dernier dans une entreprise de construction H. _____ du 23.06.2014 au 28.02.2015, le contrat de travail ayant été résilié par l'employeur pour restructuration. Elle est en incapacité de travail depuis novembre 2015 suite à une fracture du 4^e métacarpien de la main droite suivie d'une algoneurodystrophie de la main droite et d'une capsulite rétractile de l'épaule droite. Depuis cette date, elle ne travaille plus, mais a bénéficié, par périodes, de mesures de réadaptation du 29.10.2018 au 17.06.2019, date à laquelle la dernière mesure a été interrompue.

Le 28 juillet 2016, elle a formulé une première demande de rente d'invalidité.

Sur le plan de la médecine générale, l'histoire de Madame T. _____ est surtout marquée par l'existence d'un carcinome canalaire *in situ* du sein droit découvert en juin 2020 et ayant bénéficié d'une tumorectomie en juillet 2020, complétée par la réalisation de séances de radiothérapie. Elle est en rémission.

Sur le plan physique, Madame T. _____ a présenté en 2008 une algoneurodystrophie du membre supérieur gauche post-décompression chirurgicale du nerf cubital au coude gauche et épitrochléectomie, dont elle a totalement récupéré sans séquelles ni limitations fonctionnelles. Elle n'a pas non plus de séquelles ni de limitations fonctionnelles en rapport avec son ancienne fracture de la malléole externe droite.

Le 15 novembre 2015, l'assurée explique avoir été victime d'une agression, au cours de laquelle elle a subi un impact au niveau de la main droite. Un bilan radiologique a mis en évidence une fracture de la diaphyse du quatrième os métacarpien de la main droite, et une intervention chirurgicale a été réalisée pour ostéosynthèse de cette

fracture le 23 novembre 2015. Les suites opératoires ont été marquées par la persistance de douleurs loco-régionales touchant à la fois la main droite, mais également les portions plus proximales de l'avant-bras droit. Après plusieurs radiographies de contrôles confirmant la bonne évolution post-opératoire et l'absence de déplacement secondaire du matériel d'ostéosynthèse, un diagnostic de syndrome douloureux complexe régional a été posé et de multiples traitements antalgiques ont été mis en place (antalgiques simples, prégabaline), de pair avec des séances d'ergothérapie, ainsi que plusieurs blocs du ganglion stellaire. Un diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule droite a également été posé durant cette même période.

L'évolution clinique s'est par la suite avérée stationnaire, avec la persistance jusqu'à ce jour d'un fond douloureux continu émaillée d'une moyenne de cinq à six phases d'exacerbation par an, d'une durée d'environ deux semaines chacun, sans facteur déclenchant ou circonstance particulière, durant lesquelles l'expertisée note une accentuation des douleurs ainsi que l'apparition de signes locaux prenant la forme d'un œdème et d'une modification de la température (sensations de chaud-froid) et de la coloration (rubéfaction) du bras droit. L'examen clinique réalisé dans le cadre de cette expertise neurologique est néanmoins normal, et l'expert ne retient aucun diagnostic neurologique participant aux symptômes décrits par l'assurée. Un syndrome de douleur régionale complexe (SDRC) est probable, bien que l'expert ne puisse le confirmer aujourd'hui sur la base de son examen clinique, les critères diagnostiques (critères de Budapest modifiés) nécessitant « une évidence d'œdème, anomalie des perfusions cutanées et anomalie de sudation dans la région douloureuse », éléments non retrouvés cliniquement lors de l'expertise neurologique. En tout état de cause et en l'absence de diagnostic neurologique, aucune atteinte durable de la capacité de travail ne peut être retenue pour ces symptômes au sens de la neurologie.

L'examen clinique de médecine physique du jour montre des amplitudes actives et passives des deux épaules et des deux coudes complètes symétriques et indolores, une très discrète diminution de la flexion-extension du poignet droit qui conserve toutefois des amplitudes très fonctionnelles, une discrète accentuation de la distance pulpe-paume sur les doigts longs à droite avec un Jamar pouce-index symétrique, mais diminué à droite lors de la prise à pleine paume. La main droite est bien fonctionnelle dans toutes les activités de la vie quotidienne, nous n'avons pas observé de déficit dans son utilisation lors des différents types de prises. Il n'y a effectivement pas actuellement de constatation de trouble sudomoteur, vasomoteur, des phanères. Les quelques troubles résiduels à la main droite justifient l'éviction de travaux de manutention ou comportant des mouvements répétitifs intensifs de la main droite.

Le 11.11.2018, Madame T. _____ a fait une chute sur le dos. Les radiographies de la colonne lombaire réalisées alors montrent de légères altérations dégénératives pluri-étagées de la colonne lombaire sous forme d'une spondylose antérieure, sans altération discale. L'IRM de la colonne totale du 22.08.2019 réalisée en raison d'une gêne au niveau de sa jambe droite, principalement à la

marche et de douleurs lombaires basses médianes, a révélé une hernie discale C6-C7 avec phénomènes dégénératifs Modic 2, pas de rétrécissement canalaire tant cervical que lombaire et dorsal. Hormis de petits troubles de la statique du rachis dorsolombaire et une sensibilité locale en L4 et L5, l'examen programmé du rachis cervical, dorsal et lombaire est normal. Les lésions dégénératives visualisées aux radiographies et IRM sont banales et de constatations fréquentes à l'âge de l'assurée. Elles sont sans retentissement ni limitations fonctionnelles significatives. Par prudence, on évitera le port répétitif de charges de plus de 15 kg, les positions en porte-à-faux ou les mouvements répétitifs de torsion du tronc.

L'assurée signale également des douleurs lombaires irradiant dans la jambe droite, à type de tension musculaire et sans caractéristique neurogène, de rythme mécanique, dans un territoire diffus et sans systématisation radiculaire ou médullaire sur les diverses imageries de la colonne qui ont été réalisées depuis lors, tandis que l'examen neurologique ne retrouve aucun déficit sensitif ou moteur ou anomalie des réflexes. En conséquence, ces lombo-sciatalgies non déficitaires ne peuvent être retenues comme une cause d'atteinte durable de la capacité de travail.

Enfin, l'expertisée présente depuis 2019 un tremblement intermittent du chef et des membres supérieurs, compatible anamnesticquement avec un tremblement essentiel, que l'expert n'a pas pu observer durant l'examen clinique et qui est efficacement contrôlé par un traitement par bêta-bloquants, ce qui confirme l'assurée elle-même.

A noter enfin la découverte fortuite, sur une IRM cérébrale, d'une probable dysplasie corticale focale pariétale gauche. Cette anomalie, probablement congénitale, n'a cependant aucune traduction clinique et ne doit être pour le moment considérée que comme une trouvaille fortuite sans impact clinique et donc sans répercussion sur la capacité de travail.

Autour de 2002 - 2003, suite à sa séparation, elle a développé une symptomatologie dépressive qui a été prise en charge par son médecin traitant, elle ne se souvient pas s'il lui a prescrit un antidépresseur, mais se souvient d'avoir été en arrêt maladie pendant quelques semaines. Sinon, elle ne ressent pas le besoin d'être soutenue par un professionnel de la santé mentale. Un traitement de Saroten lui a été prescrit à but antalgique, mais a été arrêté en raison de la prise de poids et a été remplacé par de la Duloxétine 60 mg, à nouveau prescrit à but antalgique.

Comme facteurs de stress, retenons *l'agression gratuite* en 2015 et le décès de sa mère en mars dernier.

Il n'existe aucune symptomatologie évoquant un état de stress post-traumatique.

La plainte principale de cet[te] expertisée est un syndrome douloureux chronique qui survient dans le contexte d'une agression qu'elle qualifie comme gratuite mais dont elle ne se sent pas traumatisée. L'expertisée est plutôt autonome pour les tâches

quotidiennes et ne demande que peu d'aide à son entourage. Le contenu de la pensée est focalisé sur son syndrome douloureux chronique. Les douleurs chroniques ne sont pas complètement et clairement explicables par une origine somatique, notamment l'ampleur des plaintes et du handicap quotidien invoqué par l'expertisée qui a fait échouer la mesure de réadaptation. Pour toutes ces raisons, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ne nous paraît que possible et non certain."

Il convient de relever d'emblée que le rapport d'expertise pluridisciplinaire répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des documents médicaux (cf. consid. 3e supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse particulièrement approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte des anamnèses détaillées et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes et minutieuses, ce rapport contient une appréciation consensuelle claire de la situation par des spécialistes confirmés dans leur domaine et aboutit à des conclusions médicales motivées et exemptes de contradictions.

bb) aaa) Sur le plan de la médecine interne (rapport d'expertise, évaluation du Dr S. _____, p. 23 ss), l'expert n'a pas retenu de diagnostic incapacitant mais uniquement celui de status post-exérèse large à l'union des quadrants internes du sein droit, avec recherche de ganglion sentinelle d'un carcinome canalaire in situ pTis pN0 (0/1 de bas grade, récepteurs hormonaux positifs 100%, PR 20%) qui, en tant que tel, n'est pas responsable d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle de la recourante. Concernant le carcinome canalaire, la prise en charge avait été parfaitement adéquate. L'oncologue avait jugé non nécessaire l'utilisation d'une hormonothérapie. La recourante était suivie de manière régulière, sans aucune récurrence à ce jour mise en évidence dans le cadre du bilan de suivi. L'importante fatigue annoncée n'avait pas pu être objectivée au jour de l'expertise ; il n'y avait pas de bâillement, pas d'attaque de paupière, ni signe d'hypovigilance alors que l'échelle de somnolence d'Epworth retrouvait un score ne montrant aucune dette de sommeil, et le bilan sanguin pratiqué au décours de l'évaluation ne montrait aucune carence en ferritine susceptible d'expliquer une partie de la sensation existante. Tenant compte de l'application de la jurisprudence

fédérale en matière d'effets invalidants d'une fatigue liée à un cancer (*Cancer related fatigue* ; cf. consid. 3d supra), l'expert a admis que la fatigue pouvait être en rapport avec le cancer, et qu'une diminution de rendement de l'ordre de 10 % pouvait être retenue dans l'activité habituelle assimilée à une activité adaptée.

bbb) Du point de vue de la médecine physique et réadaptation (rapport d'expertise, évaluation du Dr V._____, p. 21 ss), l'expert a retenu les diagnostics de status post fracture du quatrième métacarpien droit ostéosynthésée le 23 novembre 2015, de status post-syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur droit apparu dans les suites post-opératoires, d'évolution objectivement favorable, mais avec persistance de douleurs chroniques et d'une discrète raideur en flexion des quatre doigts longs de la main droite, de status post-décompression chirurgicale du nerf cubital au coude gauche et épitrochléectomie en 2008 avec algoneurodystrie post-opératoire, nécessitant une mobilisation du coude gauche et de l'épaule gauche sous narcose avec récupération complète, de status après ostéosynthèse de la malléole externe droite en février 2011, et de lombalgies communes sur troubles de la statique rachidienne et lésions dégénératives à type de spondylose de L2 à L5. Sur la base de ses propres constatations cliniques, il a conclu à une capacité de travail complète comme secrétaire-réceptionniste, estimant qu'une baisse de rendement de 15 % pouvait être admise en raison d'un certain degré de manque de dextérité de la main droite. En l'absence d'incohérence relevée lors de son expertise, l'expert a confirmé l'absence de motif relevant de la médecine physique susceptible d'expliquer la non effectivité de l'augmentation progressive de la capacité de travail de 60 à 85 % (100 % avec une baisse de rendement de 15 % retenue) lors des mesures de réadaptation. L'expert a indiqué qu'il se ralliait à l'évaluation du chirurgien orthopédiste qui retenait une capacité de travail d'au moins 50 % dès le 16 mars 2018, capacité qui était allée en augmentation depuis cette date. La recourante bénéficiait de ressources (personnelles/externes) et la situation était stable à 85 % depuis le 17 juin 2019 (soit la date de la fin des mesures de réadaptation).

ccc) Sur le plan neurologique (rapport d'expertise, évaluation du Dr O. _____, p. 20 ss), l'expert a posé les diagnostics de probable tremblement essentiel ainsi que de probable dysplasie corticale focale pariétale gauche, de découverte fortuite sur une IRM cérébrale, sans traduction clinique et sans impact sur la capacité de travail. Il n'a pas confirmé le diagnostic de douleurs chroniques de la main droite compatibles avec un possible syndrome de douleur régionale complexe (SDRC) lors de son examen clinique, les critères diagnostiques (critères de Budapest 2003 modifiés) nécessitant « une évidence d'œdème, anomalie des perfusions cutanées et anomalie de sudation dans la région douloureuse » n'étant pas retrouvés. L'examen neurologique était normal et aucune atteinte durable de la capacité de travail ne pouvait donc être retenue dans ce contexte. L'expert n'a également pas confirmé le diagnostic de probable tremblement essentiel au jour de l'examen clinique, l'assurée confirmant la disparition totale de tout tremblement à la suite de la mise en place du traitement (faible dose de bêta-bloquants) par son neurologue traitant. Le diagnostic de probable tremblement essentiel ainsi que celui de probable dysplasie corticale focale pariétale gauche, de découverte fortuite sur une IRM cérébrale, sans traduction clinique, ne constituait dès lors pas une cause significative et durable d'incapacité de travail, selon l'expert.

ddd) Enfin, du point de vue psychiatrique (rapport d'expertise, évaluation du Dr W. _____, p. 21 ss), l'expert n'a pas retenu de diagnostic. Il a constaté que malgré l'« agression gratuite » en 2015 et le décès de la mère de l'assurée, retenus comme facteurs de stress, il n'existait aucune symptomatologie évoquant un état de stress post-traumatique. La plainte principale était un syndrome douloureux chronique dans le contexte de l'agression subie, mais dont l'intéressée ne se sentait pas traumatisée. Elle était plutôt autonome pour les tâches quotidiennes et ne demandait que peu d'aide à son entourage. Le contenu de la pensée était focalisé sur son syndrome chronique. Les douleurs chroniques n'étaient pas complètement et clairement explicables par une origine somatique, en particulier l'ampleur de plaintes et du handicap quotidien invoquée par l'assurée qui avait fait échouer la mesure de

réadaptation. Dans ce contexte, le diagnostic de syndrome somatoforme persistant (F45.4) paraissait possible, et non certain. Sous la réserve d'une prise en charge par hypnose médicale afin d'aider l'intéressée à mieux gérer ses douleurs, l'expert ne voyait aucune indication psychiatrique à la prescription d'un anti-dépresseur. Les ressources personnelles et externes de l'intéressée excluaient toute limitation fonctionnelle de sorte que, du point de vue strictement psychiatrique, une mesure de réadaptation était exigible à 100 %, et ceci depuis toujours.

cc) La recourante conteste la capacité de travail résiduelle de 85 % retenue en soutenant qu'elle ne dépasserait pas un taux de 60 % dans son activité habituelle. Ce faisant, elle fait valoir que les experts ont fixé la baisse de rendement à 15 % en fonction d'une vision statique et non dynamique, ne prenant pas en compte les effets de la répétition de l'utilisation de la main sur une période prolongée. Or les experts se sont prononcés en tenant compte du déroulement de la mesure d'observation professionnelle mise en place par l'OAI entre octobre 2018 et juin 2019 pour conclure que la non augmentation progressive du taux de travail jusqu'à 85 % ne trouvait pas d'explication médicale objective. Au point 7.2 du volet de médecine physique et réadaptation, le déroulement des mesures a en effet été dûment commenté à l'appui de l'appréciation formulée par l'expert. Il est du reste mentionné que bon nombre des difficultés rencontrées lors de ces mesures ne concernaient pas la main droite mais la fatigue des yeux et tremblements de la tête, la somnolence, les vertiges, et les difficultés de concentration. Au point 4.1 de ce même volet, il a par ailleurs été observé que l'assurée ne présentait pas de difficultés à la sollicitation de sa main droite durant l'examen, dans lequel certains gestes de la vie quotidienne ont pu être observés. Dans ces conditions, il n'y a aucun motif justifiant de s'écarter de l'appréciation des experts selon laquelle la capacité de travail de la recourante est de 100 %, avec une baisse de rendement de 15 %, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, ceci depuis le 17 juin 2019.

La recourante semble contester en outre l'évolution du CRPS (*complex regional pain syndrome*) constatée par les experts et tente ainsi de substituer son appréciation divergente d'un état de fait clairement posé

sur le plan médical lors de l'expertise pluridisciplinaire au G._____, notamment en parlant de fibromyalgie au lieu de CRPS, qui n'a jamais été diagnostiquée, et sans d'ailleurs s'appuyer sur un quelconque avis médical. Au point 7.1 du volet de médecine physique et réadaptation, l'expert a indiqué que s'il n'y avait pas lieu de remettre en doute le diagnostic de CRPS porté début 2016, celui-ci était désormais éteint et les critères de Budapest de 2010 pour ce diagnostic n'étaient plus réunis. Selon l'expert, les quelques troubles résiduels à la main droite justifiaient l'éviction de travaux de manutention ou comportant des mouvements répétitifs intensifs de la main droite. Là encore, la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter des observations expertales qui sont convaincantes et objectives.

dd) Le SMR retient une incapacité de travail du 15 novembre 2015 au 16 mars 2018 puis la récupération de la capacité de travail telle qu'indiquée par l'expertise G._____.

De son côté, la recourante ne produit pas de rapport médical susceptible de jeter le doute sur l'appréciation des experts et du SMR, et sans que d'autres éléments au dossier ne permettent de remettre en doute ces conclusions (un rapport de consultation du 23 juin 2022 au Service de neurologie du CHUV [pièce 215] n'était pas relevant) .

c) Ainsi, la recourante présente une incapacité de travail totale depuis son agression du 15 novembre 2015 au 16 mars 2018, elle bénéficie d'une capacité de travail de 50 % du 17 mars 2018 au 17 juin 2019, puis de 85 % depuis le 18 juin 2019, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (*pas de travail de manutention, ni de mouvements répétitifs nécessitant la dextérité de la main droite, possibilité de changer la position, pas de port de charge supérieur à 15 kilos, pas de porte-à-faux, et pas de mouvements répétitifs contraignants pour le dos*).

Les moyens de la recourante doivent être rejetés.

5. Cela étant constaté, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

a) aa) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

bb) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; MARGIT MOSER-SZELESS, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 25 et n. 33 *ad* art. 16).

cc) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les

entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

Depuis la dixième édition de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession (TF 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4). Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (TF 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en

fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (TF 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 ; TF 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3).

dd) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

b) En l'occurrence, l'OAI a retenu qu'au terme du délai de carence d'une année, soit le 16 novembre 2016, le droit à une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100 % était ouvert. Toutefois compte tenu de la demande du 29 juillet 2016, tardive, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du 1^{er} janvier 2017, soit au plus tôt six mois après le dépôt de la demande. La rente entière était remplacée par une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 50 %, dès le 1^{er} juillet 2018, soit après le délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 1 RAI. Un degré d'invalidité de 15 % n'ouvrait pas le droit à la rente, dès lors que celle-ci était supprimée au 30 septembre 2019, après le délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 1 RAI.

Après avoir constaté, à juste titre, que la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle ne se confondait pas avec celle dans une activité adaptée excluant une comparaison des revenus « en pour-cent », l'office intimé a soumis une nouvelle fois le cas à son service de réadaptation, afin qu'il se prononce sur les revenus avec et sans invalidité. Dans sa note du 8 avril 2022, le service de réadaptation a estimé que les tâches effectuées dans le dernier emploi ne correspondaient pas au niveau 2 de la branche, mais au niveau 1. Le revenu réalisé (52'000 fr.) était en outre proche du salaire statistique correspondant au niveau 1, comme cela était par ailleurs le cas des activités exercées précédemment selon l'extrait du compte individuel (CI)

AVS de l'intéressée. Selon le service de réadaptation, le CFC d'employée de bureau n'avait pas été mis en valeur avant la survenance de l'atteinte à la santé, et c'était le niveau 1 de l'ESS qu'il convenait de retenir pour le calcul du revenu sans invalidité (RS). Quant au revenu d'invalidé (RI), le service de réadaptation a estimé qu'il devait également être fixé sur le niveau 1 dès lors que la recourante pouvait exercer une activité administrative dans le même domaine qu'avant l'atteinte à la santé, compatible avec les limitations fonctionnelles, et comprenant des postes davantage en contact avec des clients, en particulier dans le cadre d'une réception, nécessitant dans une moindre mesure du tapping. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité était de 15 % pour 2019.

La recourante conteste le calcul du degré d'invalidité, en particulier le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidé retenus par l'office intimé pour la comparaison des revenus. Elle plaide qu'étant titulaire d'un CFC, il convient de se référer au niveau 2 de la branche pour le calcul du revenu sans invalidité (RS). S'agissant du revenu avec invalidité (RI), elle fait valoir qu'un abattement de 25 % devrait s'y appliquer afin de prendre en compte ses limitations fonctionnelles (vitesse de travail minimale, besoin de pauses, ...), même dans des activités légères, et son éloignement du marché du travail.

c) Dans le cadre de son dernier emploi avant ses ennuis de santé, la recourante percevait un revenu annuel de 52'000 fr. (soit 4'000 fr. servi treize fois l'an) comme secrétaire-réceptionniste au service de la société H._____ SA. Lors de son agression en novembre 2015, elle était sans emploi et accomplissait, par le biais du CSR [...], une mission temporaire comme gestionnaire de dossiers auprès de la Justice de Paix.

L'OAI a fixé le revenu sans invalidité (RS) selon l'ESS niveau 1, moyenne générale, aux motifs que la recourante était sans emploi lors de la survenance de l'invalidité et compte tenu de l'absence de mise en valeur du CFC d'employée de bureau dans la précédente activité. La recourante conteste ce point de vue et souhaite que le revenu sans

invalidité soit établi sur la base du niveau 2 de la branche au motif qu'elle est titulaire d'un CFC d'employée de bureau.

A lecture du rapport pour l'employeur du 5 octobre 2016, dans son activité de secrétaire-réceptionniste, les tâches exercées par l'assurée étaient l'accueil des clients (rarement), la centrale téléphonique (parfois), l'envoi de plaquettes de vente ainsi que de la gestion de l'économat (rarement), et la rédaction des procès-verbaux de chantier ainsi que du service après-vente (parfois). Ces tâches comprenant de l'administratif, exercées par une titulaire de CFC d'employée de bureau, relèvent de la compétence niveau 2, femmes, 77-82 activités de services admin. et de soutien. Selon les données de l'ESS 2018, le salaire auquel pouvaient prétendre les femmes en 2018 dans la branche était de 4'770 fr. pour une semaine de travail de 40 heures, soit 57'240 fr. par an. Considérant la durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures en 2018 (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01), on obtient un salaire statistique annuel de 59'672 fr. 70. Indexé à 2019 (+ 0,9 % ; cf. OFS, Indice des salaires nominaux, femmes, 2011-2019, T 1.2.10), ce montant est de 60'209 fr. 75. On ne saurait rien déduire de l'extrait du compte individuel (CI) AVS au dossier qui n'est pas représentatif dès lors que la recourante a eu des périodes d'activités, entrecoupées de périodes de chômage. Puis, le revenu perçu de 52'000 fr. par an est certes plus proche du revenu sans invalidité retenu par l'OAI mais ce n'est pas ce qui est décisif.

Quant au revenu d'invalidé (RI) du niveau 1, moyenne générale, il ne peut qu'être confirmé. Ce terme de la comparaison des revenus est fixé sur la base de la moyenne totale des activités (production et services), sans distinction des types d'activités puisque la recourante peut être amenée à être active dans plusieurs domaines (et non plus seulement des services), de niveau 1 ; on ne saurait retenir le niveau 2 pour le revenu d'invalidé dès lors que les limitations fonctionnelles ne permettent plus à la recourante de réaliser de la dactylographie que dans une moindre mesure. D'ailleurs, l'activité testée en REA ne comprenait pas

de secrétariat et les experts se sont basés sur cette activité de réceptionniste-téléphoniste pour déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée qui ne correspond pas tout à fait à l'activité habituelle. Il s'agit en effet d'une activité de bureau plus limitée par rapport aux capacités de l'intéressée avant invalidité.

Enfin, la recourante souhaite la prise en compte d'un abattement pour les limitations fonctionnelles ; or celles-ci sont dûment prises en considération dans la fixation de la capacité de travail à un taux réduit de 85 % pour tenir compte de la fatigue et du manque de dextérité. En l'occurrence, les restrictions fonctionnelles retenues sont pour rappel : « *pas de travail de manutention, ni de mouvements répétitifs nécessitant la dextérité de la main droite, possibilité de changer la position, pas de port de charge supérieur à 15 kilos, pas de porte-à-faux, et pas de mouvements répétitifs contraignants pour le dos* ». On ne saurait y voir un quelconque frein à la reprise d'une activité adaptée. Du reste, la recourante n'indique pas les raisons pour lesquelles les limitations fonctionnelles sont susceptibles de jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre d'une activité adaptée. A cet égard, le service de réadaptation de l'OAI a souligné que le préjudice économique pourrait être davantage réduit par la prise d'un autre type d'activité non qualifiée, soit un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères ainsi qu'ouvrière dans le conditionnement, ou dans le domaine de la vente simple (shop ou autres ; cf. pièce 196). Dans ces circonstances, il n'apparaît pas que l'éloignement du marché du travail serait lié aux atteintes à la santé dont souffre l'assurée ; malgré son état de santé défaillant, elle dispose en effet d'une capacité de travail résiduelle de 50 % du 17 mars 2018 au 17 juin 2019, puis de 85 % depuis le 18 juin 2019.

Finalement, même en admettant de retenir le revenu sans invalidité de 60'209 fr. 75, le degré d'invalidité est de 22,11 % ($[(60'209 \text{ fr. } 75 - 46'897 \text{ fr. } 34) \div 60'209 \text{ fr. } 75] \times 100$), soit inférieur à 40 % (art. 28 al. 2 LAI) pour le maintien du demi-droit à une rente.

En conséquence de ce qui précède, le degré d'invalidité de la recourante s'avère donc insuffisant pour le maintien du droit à la demi-rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2019, comme l'a retenu à juste titre l'OAI dans sa décision.

6. a) Pour le surplus, la recourante déplore l'absence de mesures d'ordre professionnel en sa faveur.

b) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

c) Le service de réadaptation de l'OAI a souligné que le préjudice économique pourrait être davantage réduit par la prise d'un autre type d'activité non qualifiée, soit un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères ainsi qu'ouvrière dans le conditionnement, ou dans le domaine de la vente simple (shop ou autres). Or ces activités ne nécessitent pas de formation particulière et aucune mesure, sous la réserve d'une aide au placement susceptible d'être octroyée par l'intimé à la recourante sur demande écrite de sa part, n'est susceptible de réduire le manque à gagner durable au vu du profil professionnel de l'intéressée ; cette dernière peut en outre continuer à travailler dans le domaine des services (en tant que réceptionniste) qu'elle a déjà occupé ou dans le secteur tertiaire pour lequel une formation spécifique n'est pas nécessaire.

S'agissant de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, on ne voit pas quelle autre mesure aurait pu être proposée à la recourante.

7. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 24 mai 2022 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Procap Suisse (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :