

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 décembre 2024

Composition : M. NEU, président
M. Peter et Mme Gay, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

X._____, à **Y.**_____, recourante, représentée par Me Alexandre Lehmann, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 45 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. Née en 1987, X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), célibataire, mère d'un enfant né en 2011, a travaillé dès le mois d'août 2006 en qualité de vendeuse pour le compte de la Société V._____, d'abord à mi-temps puis au taux de 80 % à compter du 1^{er} mai 2013.

Souffrant de divers troubles psychiques à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le 6 juillet 2015, l'assurée a déposé, le 29 octobre 2015, une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Complétant le 27 novembre 2015 le formulaire « détermination du statut - part active/part ménagère », l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à 80 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée (rapports des Drs S._____, médecin praticien, du 20 novembre 2015 et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 21 décembre 2015), puis fait verser à la procédure le dossier de G._____ SA, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur. Figurait notamment dans ce dossier une expertise psychiatrique réalisée par le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie : après avoir relevé que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger à moyen) sans syndrome somatique et d'un trouble de la personnalité émotionnellement instable de type impulsif, ce médecin a estimé que, à condition de se conformer aux recommandations thérapeutiques émises et de faire preuve de bonne volonté, l'intéressée était en mesure de reprendre le travail, au moins à temps partiel dès le 1^{er} février 2017 (rapport du 24 octobre 2016). Ensuite des critiques formulées par le Dr P._____ le 19 décembre 2016, le Dr T._____ a déclaré maintenir son appréciation (rapport complémentaire du 9 janvier 2017).

A la lecture de l'expertise (complétée) du Dr T._____, à laquelle s'est une nouvelle fois opposé le Dr P._____ (rapport du 16 janvier 2017), la Dre W._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a suggéré la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique (avis médical du 16 juin 2017).

Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 3 mai 2018, ce médecin a posé les diagnostics suivants : dépression majeure chronique avec caractéristiques atypiques (jambes en plomb, prise de poids relative, hypersomnie légère, sensibilité au rejet) d'intensité légère à modérée dans le cadre d'un trouble bipolaire ou apparenté, non spécifié ; sentiments d'énervement et de tension avec difficultés de concentration dues à divers soucis ; phobie sociale moyenne ; personnalité évitante et personnalité dépendante. L'expert a estimé que, dans l'activité habituelle de vendeuse, l'assurée disposait d'une capacité de travail de deux heures par jour (30 à 40 % d'un 100 %), alors que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites, elle présentait, moyennant une reprogrammation/désensibilisation progressive, une capacité de travail de 50 % de son dernier taux d'engagement (80 %).

A réception du rapport d'expertise du Dr R._____ et de son complément du 23 août 2018, le SMR a demandé au Dr P._____ de se prononcer sur l'état psychique de l'assurée. A cette fin, ce médecin a transmis un courrier du 9 mai 2019, dans lequel il exposait en quoi son analyse différait de celle de l'expert ; il a également joint un rapport établi à la demande de G._____ SA le 4 avril 2017 par la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un avis médical du 23 août 2019, la Dre W._____ a relevé que, au vu des appréciations divergentes émises par les psychiatres consultés et de sa difficulté à se prononcer dans une situation complexe se caractérisant notamment par l'absence d'éléments cliniques

objectifs justifiant l'incapacité de travail depuis 2015, il convenait de diligenter une nouvelle expertise psychiatrique incluant la réalisation de tests neuropsychologiques.

A cet effet, l'office AI a mandaté le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel s'est adjoint le concours de J._____, psychologue FSP spécialiste en neuropsychologie et en psychothérapie (rapport du 3 mars 2020). Dans son rapport du 7 mars 2020, l'expert a posé les diagnostics de trouble affectif bipolaire (épisode actuel mixte) et de trouble mixte de la personnalité. D'après ce médecin, l'incapacité de travail était de 70 % (d'un 100 %) dans la profession exercée depuis le 6 juillet 2015. Dès le 1^{er} janvier 2017, elle disposait en revanche d'une capacité de travail en tant que vendeuse de 50 % d'un plein temps, compte tenu de l'amélioration dont elle-même avait fait état et que son médecin traitant, le Dr P._____, avait corroborée dans son rapport du 16 janvier 2017.

Après avoir pris connaissance du rapport du Dr Q._____, la Dre W._____ a indiqué qu'elle n'avait pas d'arguments pour s'écarter de son appréciation, tout en préconisant qu'une nouvelle évaluation (complément d'expertise versus expertise psychiatrique) était souhaitable au début de l'année 2021 (rapport du 7 mai 2020).

L'office AI a fait réaliser une enquête économique sur le ménage dont le rapport du 7 janvier 2021 reconnaissait à l'assurée un statut de personne active à 80 % et de ménagère à 20 %, avec des empêchements ménagers évalués à 10,6 %.

Par projet de décision du 2 février 2021, l'office AI a informé X._____ qu'il comptait lui allouer une rente d'invalidité. Sur la base des renseignements médicaux recueillis, il a retenu que l'évolution favorable de son état de santé ne justifiait plus qu'une incapacité de travail de 50 % en toute activité dès le 1^{er} janvier 2017. Compte tenu de la pondération du statut de personne active et de ménagère, il a fixé le degré d'invalidité à 58 % ($[80 \% \times 70 \%] + [20 \times 10,6\%]$) pour la période comprise entre le 6

juillet et le 31 décembre 2016 et à 42 % ($[80 \% \times 50 \%] + [20 \% \times 10,6 \%]$) dès le 1^{er} janvier 2017. Aussi, l'office AI a-t-il reconnu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2016 au 31 mars 2017 puis à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2017, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé constatée.

Ensuite des observations soulevées à l'encontre de ce projet de décision par le Dr P. _____ dans un courrier du 20 février 2021, l'office AI a confié la réalisation d'une nouvelle expertise psychiatrique au Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 26 octobre 2021, ce médecin a posé le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de personnalité état limite du registre impulsif et immature, tandis que, sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un trouble dépressif subclinique à léger. Alors que l'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible, l'assurée disposait, dans une activité simple et répétitive, sans grande responsabilité, d'une capacité de travail de 50 % d'un plein temps, sans baisse de rendement, dès le 1^{er} février 2017.

Dans un avis médical du 10 décembre 2021, la Dre M. _____, médecin auprès du SMR, a déclaré qu'elle n'avait pas de raison de s'écarter de l'expertise du Dr N. _____.

Par projet de décision du 14 janvier 2022 annulant et remplaçant celui du 2 février 2021, l'office AI a avisé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer une rente d'invalidité. Selon ses constatations, son incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis le 6 juillet 2015, alors qu'elle avait recouvré une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2017. Compte tenu de la pondération du statut de personne active et de ménagère, il a fixé le degré d'invalidité à 82 % ($[80 \% \times 100 \%] + [20 \times 10,6\%]$) pour la période comprise entre le 6 juillet 2016 et le 31 janvier 2017. Pour la période à compter du 1^{er} février 2017, l'office AI a, après avoir comparé les revenus sans et avec invalidité, fixé le degré d'invalidité pour la part active à 31,08 % ($80 \% \times 39 \%$), d'où un degré d'invalidité total de 33 % ($31,08 \% \times 2,12$

%). Compte tenu de la nouvelle méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, l'office AI a procédé, après avoir comparé les revenus sans et avec invalidité, à un nouveau calcul du degré d'invalidité pour la part active, lequel s'élevait désormais à 41,17 % (80 % x 51,46 %), d'où un degré d'invalidité total de 43 % (41,17 % + 2,12 %). Par conséquent, l'office AI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 2016 au 30 avril 2017, dite prestation étant supprimée le 1^{er} mai 2017 avant que l'intéressée ne soit mise au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018.

Représentée par Me Amandine Torrent, avocate, l'assurée a, par courrier du 14 février 2022, soulevé des objections à l'encontre de ce projet de décision. Contestant toute amélioration de son état de santé, elle a fait valoir que l'expertise du Dr N._____ ne répondait pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de procédure probatoire structurée et de valeur probante. En outre, elle estimait que le calcul du degré d'invalidité reposait sur des bases erronées et que le rapport d'enquête ménagère était dépourvu de valeur probante.

Dans un avis médical du 8 avril 2022, la Dre M._____ a jugé que ce courrier ne contenait pas d'élément médical objectif nouveau, susceptible de modifier son appréciation.

Par décision du 23 janvier 2023, l'office AI a entériné l'octroi d'une rente d'invalidité, conformément à son projet de décision du 14 janvier 2022.

B. a) Par acte du 27 février 2023, X._____, toujours représentée par Me Torrent, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2016 sans limite de durée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision.

L'assurée a contesté la suppression de toute rente entre le 1^{er} mai 2017 et le 31 décembre 2017 ainsi que la réduction à un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2018. Selon elle, c'était à tort que l'office AI avait retenu une amélioration de son état de santé à compter du 1^{er} février 2017 ; en effet, si les médecins avaient certes considéré qu'elle était apte à reprendre le travail au début de l'année 2017, c'était uniquement moyennant un changement dans la médication, lequel s'était révélé inopérant en l'espèce. Elle a également exposé en quoi l'expertise du Dr N. _____ ne pouvait se voir reconnaître une quelconque valeur probante. Dans ce contexte, elle s'est étonnée que les médecins du SMR aient considéré que toutes les expertises étaient probantes au fur et à mesure qu'elles leur parvenaient pour finir par en faire abstraction au profit de celle du Dr N. _____, alors même que celui-ci s'était écarté de l'analyse de ses confrères en posant un nouveau diagnostic. Ces variations d'appréciation illustraient la grande complexité du cas, si bien que l'assurée a sollicité, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Sous l'angle économique, elle a fait grief à l'office AI de ne pas avoir pratiqué d'abattement sur le revenu d'invalidé, alors même que sa situation exigeait selon elle un abattement de 25 %. Pour finir, elle a fait valoir que l'enquête ménagère n'était pas probante, car les empêchements ménagers avaient été sous-estimés. Au demeurant, ses parents et son frère, avec lesquels elle faisait ménage commun, n'étaient pas en mesure de l'aider car ils étaient, comme elle-même, atteints dans leur santé. De plus, l'enquête n'avait pas tenu compte de l'incidence des déficits cognitifs sur les capacités ménagères.

b) Par décision du 3 mars 2023, X. _____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 janvier 2023, et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, de même que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Amandine Torrent a en outre été désigné.

c) Dans sa réponse du 28 mars 2023, l'office AI a relevé que l'expertise du Dr N. _____ satisfaisait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, ajoutant que l'expert s'était dûment prononcé

sur les appréciations précédentes au dossier et qu'il avait pris en compte l'examen neuropsychologique réalisé en janvier 2020 par J._____. En ce qui concernait l'évaluation économique sur le ménage, il a souligné que les éléments ressortant du rapport d'enquête du 7 janvier 2021 étaient superposables aux constatations médicales effectuées par le Dr N._____. Enfin, aucun abattement n'entrait en considération, dans la mesure où la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée tenait adéquatement compte des limitations fonctionnelles retenues. Par conséquent, l'office AI a conclu au rejet du recours.

d) Par pli du 25 avril 2023, l'assurée a renvoyé à l'argumentation ainsi qu'aux réquisitions figurant dans son mémoire de recours du 27 février 2023.

C. a) Le 19 juin 2023, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dont il a confié la réalisation à la Dre H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

b) Dans son rapport du 10 juin 2024, la Dre H._____ a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère, et d'autres troubles spécifiques de la personnalité. Selon cette médecin, l'assurée présentait une incapacité totale de travail depuis le 6 juillet 2015 et plus aucune activité professionnelle n'était exigible de sa part depuis lors. Le pronostic était défavorable en raison de la sévérité de l'atteinte.

c) S'exprimant par pli du 24 juillet 2024, l'office AI a renvoyé à l'analyse effectuée le 5 juillet 2024 par le SMR, sous la plume de la Dre M._____. Dans la mesure où cette médecin n'avait pas de raison de s'écarter des conclusions expertales, elle a retenu que, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, la capacité de travail était nulle depuis le mois de juillet 2015. Par ailleurs, aucun traitement n'était exigible et le pronostic d'amélioration était défavorable au vu de la chronicité et de la rigidité de l'atteinte à la santé.

d) Dans ses déterminations du 5 août 2024, l'assurée a souligné que l'expertise de la Dre H. _____ revêtait une pleine valeur probante, si bien que ses conclusions devaient être suivies. Aussi convenait-il d'admettre qu'elle présentait une incapacité totale de travail depuis le 6 juillet 2015, quelle que soit l'activité professionnelle envisagée, fût-elle exercée en milieu protégé. Renvoyant pour le surplus aux arguments figurant dans son mémoire de recours du 27 février 2023, elle a déclaré en confirmer intégralement les conclusions.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition

transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2023, les faits déterminants se sont produits sous l'empire de l'ancien droit. En effet, la demande de prestations a été déposée en octobre 2015, de sorte qu'un éventuel droit aux prestations prendrait naissance avant le 1^{er} janvier 2022. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

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 % au moins 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

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

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

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

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

6. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

7. a) Il ressort du dossier que la recourante présente principalement une symptomatologie caractéristique d'un tableau anxio-dépressif et des troubles neuropsychologiques, associés à une pathologie de la personnalité.

b) aa) Pour rendre la décision attaquée, l'office AI s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise établi par le Dr N._____ le 26 octobre 2021. Or il n'était pas possible d'attribuer une pleine valeur probante aux conclusions du Dr N._____.

bb) Le Dr N._____ est le seul médecin à retenir le diagnostic de personnalité état limite du registre impulsif et immature. Outre que ce diagnostic n'est guère étayé, il suppose des maltraitements durant l'enfance, lesquelles n'ont nullement été décrites par l'assurée, bien au contraire ; il ne correspond à aucun autre diagnostic figurant dans le dossier et contredit même le diagnostic posé par le Dr P._____ de trouble bipolaire, également retenu par les Drs Q._____ et L._____ ; de plus, le Dr N._____ ne confronte pas véritablement les divers avis émis par ses confrères, se contentant de les mentionner pour s'en écarter sans étayer les motifs pour lesquels il n'y a pas lieu de les retenir. L'expertise

du Dr N._____ ne contient pas non plus de discussion sur les divergences entre les experts à propos des périodes d'incapacités de travail et de leur taux, alors que ces différences sont importantes ; ainsi, dans son rapport du 24 octobre 2016, le Dr T._____ a estimé que, moyennant un changement thérapeutique et la mobilisation de sa volonté, l'assurée pourrait reprendre une activité à temps partiel le 1^{er} février 2017 ; la Dre L._____ a jugé que, sous réserve de l'introduction d'un stabilisateur de l'humeur puis d'un anti-dépresseur, l'incapacité de travail pourrait être estimée à 80 % après un à deux mois (rapport du 4 avril 2017) ; pour sa part, le Dr R._____ a retenu une capacité de travail de 2 à 3 heures par jour jusqu'à un 50 % effectif pendant deux ans suivi d'un plein temps ; quant au Dr Q._____, il a considéré que, dans l'activité de vendeuse, la capacité de travail était de 30 % d'un plein temps depuis le 6 juillet 2015 puis de 50 % à compter du 1^{er} février 2017, tout en suggérant un consilium pharmacologique au vu de la complexité du cas. Or un tel consilium n'a jamais eu lieu et le changement de médication opéré par le médecin traitant (stabilisateur de l'humeur puis anti-dépresseur) n'a pas eu l'amélioration escomptée, ce que le Dr N._____ n'a pas investigué. Il sied enfin de relever que l'expertise de ce médecin contient diverses contradictions, erreurs et lacunes. Ainsi, en page 21 de son rapport, il note que l'intelligence est « vive », alors qu'il la qualifie de « normale » en page 41 ; or l'une et l'autre de ces constatations sont erronées, dès lors que l'examen neuropsychologique effectué par J._____ retient une déficience intellectuelle ; l'expert ne s'est pourtant pas exprimé au sujet de ces déficits cognitifs ; il ne discute pas non plus l'évolution du tableau clinique de l'assurée, ni ne détaille l'incidence de l'évolution de son état de santé sur la capacité de travail et les limites rencontrées dans le cadre de l'exercice de son emploi ; les ressources n'ont pas réellement été examinées, alors que le Dr Q._____ estime que l'assurée est « pauvre en capacités adaptatives » et que « cette limitation pourrait être le socle de ses difficultés à s'insérer à plein temps dans le premier marché du travail » ; l'expert N._____ ne tient guère compte du quotidien de l'assurée pourtant peu stimulant et ne comportant pas de loisirs, pas plus qu'il ne contient une retranscription de ses plaintes ; il ne tient pas non plus compte des troubles psychiques des autres membres de la famille qui

doivent pourtant être pris en considération dans l'évaluation de la situation médicale globale ; à cet égard, le rapport du Dr N._____ contient une erreur, lorsqu'il affirme qu'aucun membre de la famille de l'intéressée ne souffre de troubles psychiques ; tel n'est pas le cas, puisque sa mère présente une fibromyalgie et d'autres troubles psychiques, tandis que son frère est atteint de troubles bipolaires ; enfin, le Dr N._____ ne s'est pas prononcé sur les recommandations de ses confrères conditionnant la reprise d'une activité lucrative à un changement préalable de médication.

8. Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire psychiatrique réalisée par la Dre H._____, lesquelles ne sont d'ailleurs pas contestées par l'office intimé.

a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 10 juin 2024 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. La Dre H._____ a rendu son rapport sur la base d'une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, professionnelle, sociale et affective), en tenant compte de l'ensemble de la documentation médicale au dossier, des plaintes exprimées par la recourante, de ses antécédents, du déroulement de sa journée-type (activités quotidiennes, tâches ménagères, soins à sa fille). Elle a également procédé à un examen clinique détaillé, rencontrant la recourante à quatre reprises. Elle s'est de surcroît entretenue téléphoniquement avec le Dr P._____, psychiatre traitant. Elle a été en mesure de discuter en détail les diagnostics retenus et leurs effets sur la capacité de travail de la recourante, de même qu'elle a expliqué les raisons justifiant de s'écarter de l'appréciation du Dr N._____. Les conclusions, reposant sur une description claire du contexte médical, sont dûment motivées, claires et exemptes de contradiction.

b) Sur le plan matériel, la Dre H._____ a posé les diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère, et d'autres troubles spécifiques de la personnalité.

aa) S'agissant du diagnostic de trouble affectif bipolaire, la Dre H. _____ l'a retenu à l'instar du Dr P. _____ et de plusieurs autres experts, en particulier la Dre L. _____ (rapport du 4 avril 2017) et le Dr Q. _____ (rapport du 7 mars 2020). Ce diagnostic a été posé notamment au regard des périodes successives d'élévation puis d'abaissement de l'humeur dont souffre la recourante. Ainsi, les phases d'élévation de l'humeur sont marquées par une augmentation caractéristique de l'activité, une baisse de la fatigue et du besoin de sommeil, une baisse du sentiment de faim, avec une perte de poids de 10 kg, une augmentation de l'estime de soi avec un sentiment de toute-puissance, des achats inconsidérés ou inutiles, sans tenir compte des limites budgétaires. A l'inverse, les phases dépressives sont marquées par une baisse de la thymie, une baisse de l'énergie avec une inactivité, de la fatigue, de l'irritabilité, des ruminations négatives, des troubles du sommeil, une hyperphagie avec une prise pondérale de 10 kg. Les limitations fonctionnelles dues à cette pathologie affectent non seulement la capacité de travail, mais également les tâches ménagères et les autres activités de la vie quotidienne de la recourante, qui en phase haute se disperse et n'a aucune organisation pour mener à bien ses activités, et en phase dépressive n'a pas l'énergie pour accomplir ce qu'elle devrait faire (rapport d'expertise du 10 juin 2024, p. 24).

bb) aaa) S'agissant du diagnostic de trouble de la personnalité, il consiste en des modalités de comportement profondément enracinés et durables avec des réactions inflexibles et dysfonctionnelles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ces perturbations sévères s'accompagnent de difficultés personnelles et sociales considérables. A l'instar de ce qui est décrit dans les précédentes expertises, la Dre H. _____ a observé chez la recourante une labilité émotionnelle majeure, une hypersensibilité de type dysphorique, des troubles relationnels marqués par de fortes difficultés à gérer les conflits, une forte crainte du jugement d'autrui et une absence de capacités adaptatives. Tout au long des entretiens, la Dre H. _____ a constaté cette réactivité émotionnelle, avec la crainte qu'à la moindre confrontation, l'assurée ne quitte le bureau. Quand bien même cette

dernière était demandeuse de cette évaluation, ces aspects de personnalité dysfonctionnels sont d'une telle ampleur qu'elle peut saboter le processus bien malgré elle (cf. rapport d'expertise du 10 juin 2024, p. 19 s.). L'experte en tire la conclusion suivante : « *Dans ce sens, on peine à voir comment, avec un tel tableau clinique, elle pourrait supporter la pression et les contraintes d'un emploi quel qu'il soit, en étant confrontée aux ordres d'un supérieur, à une demande de rendement, aux confrontations avec des collègues, aux imprévus, etc.* » (loc. cit., p. 20). Le trouble de la personnalité est difficile à catégoriser selon la classification proposée par la CIM-10, dans la mesure où l'intéressée présente des aspects impulsifs, des aspects paranoïaques et des aspects dépendants. C'est la raison pour laquelle la Dre H. _____ a fait le choix de retenir le diagnostic d'autre trouble spécifique de la personnalité.

bbb) Dans ce contexte, les différents experts ont décrit les manifestations cliniques du trouble de la personnalité de la recourante de la même manière « *même si les choix de spécifier ce trouble de la personnalité sont légèrement différents* » (loc. cit., p. 21). Bien que les experts précédents aient retenu un pronostic sombre, ils ont néanmoins considéré qu'une capacité de travail résiduelle serait possible, éventuellement dans un travail adapté, conclusion avec laquelle la Dre H. _____ se distancie. Par exemple, l'expert T. _____ reconnaît que les aspects de la personnalité sont les plus invalidants, mais sans toutefois expliquer comment un traitement médicamenteux pourrait atténuer ces aspects en l'espace de trois mois, « *sachant qu'il n'y a pas de traitement reconnu pour les troubles de la personnalité, et sachant aussi que pour espérer une amélioration émotionnelle et comportementale d'un trouble de la personnalité, il faut compter des années de psychothérapie moyennant un grand investissement du patient* ». La Dre H. _____ ajoute que le Dr T. _____ reconnaît que le pronostic est sombre, « *ce qui est contradictoire avec ses propositions thérapeutiques et son idée de reprise rapide du travail. Sans clarifier le pourcentage de reprise, G. _____ SA a jugé de manière arbitraire que la reprise serait de 50 %* » (ibidem). S'agissant de la Dre L. _____, la Dre H. _____ relève qu'elle n'a effectué son expertise que sur dossier et n'a donc pas pu observer les aspects

dysfonctionnels de la recourante qui sont tellement prégnants en entretien (rapport d'expertise du 10 juin 2024, p. 22). De ce fait, elle a recommandé un traitement uniquement du trouble bipolaire, en imaginant, si c'était la seule pathologie de la recourante, qu'elle pourrait reprendre son travail d'ici un à deux mois. Son expertise ne tient donc pas compte de la pathologie la plus invalidante de l'intéressée. De la même manière, le Dr R._____ ne prend pas en considération les limitations fonctionnelles de la recourante en lien avec son trouble de la personnalité, puisqu'il préconise uniquement un traitement médicamenteux pour l'atteinte à l'humeur, estimant que celui-ci suffira pour que l'assurée retrouve une capacité de travail (*ibidem*). La Dre H._____ note encore que cet expert ne tient pas compte des manifestations du trouble de la personnalité sur les tâches ménagères, puisqu'il relève seulement qu'elle ne les assume pas, sans s'interroger sur le fait même qu'elle ne les assume pas. Quant à l'expert N._____, il fait état de « *colère et d'une hyperréactivité qui émergent très facilement à la moindre contrariété* » chez une expertisée qui s'est montrée « *rapidement conflictuelle et projective dès son arrivée au secrétariat [...], qui ne tolérait manifestement pas le cadre qui lui était imposé* », qui refusait de réaliser des tests psychométriques l'amenant à retenir un diagnostic de trouble de la personnalité marqué par une importante dysrégulation émotionnelle (*ibidem*). Selon la Dre H._____, cette présentation clinique rend bien compte de la gravité du trouble et est tout à fait superposable à celle qu'elle a pu elle-même observer au cours de son propre examen expertal. Compte tenu de ces constatations, la Dre H._____ ne comprend pas comment le Dr N._____ peut conclure que la recourante serait en mesure de travailler à au moins à 50 % sur la base d'un plein temps, dans une activité adaptée. A cet égard, la Dre H._____ relève que le Dr N._____ « *propose un travail dans la manutention ou la logistique, sans toutefois expliquer comment, dans un tel travail, Mme X._____ ne serait pas confrontée à une pression de rendement ; sans expliquer comment l'expertisée pourrait répondre à un cadre horaire, alors qu'il lui est tellement difficile de sortir de chez elle ; sans exposer, non plus, comment elle pourrait se présenter à un entretien d'embauche sans exploser à la moindre contrariété* ».

cc) aaa) Sur le plan diagnostique, la Dre H._____ s'est également demandé si l'assurée souffre de troubles intellectuels, cognitifs ou mnésiques. En effet, celle-ci a effectué des tests neuropsychologiques le 28 janvier 2020 auprès de J._____, psychologue FSP spécialiste en neuropsychologie. Ces tests mettent en lumière un déficit global des fonctions intellectuelles et cognitives. Toutefois, le neuropsychologue affirme que ces déficits ne sont pas d'origine organique cérébrale. En effet, l'assurée ne présente pas de signes d'une atteinte organique, qu'elle soit accidentelle ou des suites d'une maladie (accident vasculaire cérébral, démence). Elle ne présente pas de retard mental, pathologie qui aurait été incompatible avec les résultats scolaires qu'elle a pu atteindre, ainsi que l'obtention d'un certificat fédéral de capacité. Par contre, le neuropsychologue évoque des signes de surcharge en lien avec les pathologies psychiatriques de l'expertisée, notamment en ce qui concerne le test de quotient intellectuel : *« son comportement (...) étrange, fait d'un ralentissement qui apparaît de nature comportementale bien plus que lié à une incapacité telle qu'on peut l'observer dans les retards mentaux et a fortiori dans les atteintes cérébrales et qui alterne avec de la précipitation dans l'action, avec un bâclage manifeste, comme si l'expertisée souhaitait alors avant tout se débarrasser au plus vite de la tâche »*. Plus loin dans son rapport, il observe que le ralentissement attentionnel, mais aussi les déficits en mémoire épisodique sont si intenses qu'ils ne peuvent que difficilement être attribués en totalité, soit au déficit intellectuel, soit aux troubles de l'humeur, voire même à la combinaison des deux. En conclusion, il retient le fait de ne pas pouvoir *« se prononcer sur un diagnostic neuropsychologique fiable ni définir des limitations précises de la capacité de travail »*.

bbb) S'appuyant sur un article de la littérature médicale, la Dre H._____ souligne que les déficits cognitifs peuvent apparaître dans presque toutes les maladies psychiques par définition non organiques, et notamment lors de troubles affectifs ou de troubles de la personnalité. Comme dans le cas de l'assurée, ces déficits neuropsychologiques ne sont pas à mettre sur le compte d'une atteinte organique, mais sur la rigidification des processus de pensée, de réflexions et les difficultés de

concentration, péjorés par le vécu émotionnel. La recourante vit de manière fortement éprouvante ces examens experts. Elle tente de se contenir au mieux, d'être collaborante, mais elle est rattrapée par son vécu émotionnel qui parasite ses capacités. Celles-ci sont péjorées par son stress et son irritabilité, qui participent à entraver les processus mentaux examinés lors des tests neuropsychologiques. Il en résulte des tests déficitaires, mais non fiables, parce qu'altérés par des paramètres émotionnels et affectifs qui sont de l'ordre de la pathologie psychiatrique et non d'une pathologie neuropsychologique, organique. Il n'en demeure pas moins que les fonctions cognitives de l'assurée, à savoir sa capacité de répondre à des imprévus, à s'ajuster à une situation par la réflexion, à anticiper des problèmes et à chercher des solutions, sont entravées par ses atteintes psychiatriques.

c) Au terme de son analyse, la Dre H. _____ retient que la recourante a pu travailler jusqu'à ce que la conjonction de ses troubles psychiques ne soit trop importante pour poursuivre une activité professionnelle. Depuis le 6 juillet 2015, date de sa décompensation physique et psychique, elle n'est ainsi plus capable d'exercer quelque activité professionnelle que ce soit. En effet, jusqu'à cette date, elle avait beaucoup lutté pour contenir ses troubles et répondre aux exigences de son emploi, mais elle s'est épuisée, avec une cassure psychique et une impossibilité de se remobiliser, qui est présente encore aujourd'hui. Comme relevé ci-avant (cf. considérant 8b/aa), les limitations fonctionnelles s'observent aussi dans les tâches ménagères et dans les activités quotidiennes de la recourante. La Dre H. _____ précise encore que le pronostic est défavorable, en raison de la chronicité du trouble bipolaire et de la rigidification du trouble de la personnalité. Même si le trouble bipolaire faisait l'objet d'un traitement médicamenteux efficace, tout au plus pourrait-on espérer une meilleure stabilisation des fluctuations de l'humeur, mais le traitement n'aurait pas d'effet sur le trouble de la personnalité, affection la plus invalidante.

d) Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir que l'assurée est durablement incapable de travailler depuis le 6 juillet 2015,

date du début du délai d'attente d'un an (art. 28 LAI). A l'échéance du délai d'attente, le 6 juillet 2016, l'assurée était toujours totalement incapable de travailler. Dans la mesure où la Dre H._____ estime qu'aucune activité ne permettrait à la recourante d'améliorer son taux d'activité ou ses revenus, le taux d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail telle qu'elle a été retenue par l'experte (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a ; TF 9C_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 et la référence citée). L'assurée a indiqué, dans le formulaire complété le 27 novembre 2015, qu'elle exercerait une activité lucrative à 80 %. Au vu des limitations fonctionnelles constatées et de l'incapacité totale de travail, le taux d'invalidité est donc de 80 % au moins, ce qui fonde le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2016 (art. 29 LAI et considérant 4c *supra*).

9. Subsiste la question des frais de l'expertise judiciaire.

a) Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3 ; 139 V 349 consid. 5.4), les frais qui découlent de la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance ordonne la réalisation d'une expertise judiciaire parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en oeuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, mais des frais

relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en oeuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 ; sur l'ensemble de la question, cf. aussi Erik Furrer, *Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung*, RSAS 2019, p. 14).

b) En l'occurrence, la Cour de céans s'est vue contrainte de mettre en oeuvre une expertise judiciaire auprès de la Dre H._____ en raison des lacunes de l'expertise du Dr N._____. En effet, celle-ci se dissociait des avis motivés de spécialistes versés au dossier sans en confronter les divergences. Aussi, le SMR ne pouvait suivre sans plus ample examen les conclusions de cette expertise. Une expertise s'imposait incontestablement, laquelle a du reste porté les fruits escomptés, réfutant avec tact mais sans concession les avis divergents de l'expert N._____ et du SMR. Dans ces conditions, il se justifie de mettre à la charge de l'office AI la totalité des frais qui ont été nécessaires à la mise en oeuvre de l'expertise judiciaire, soit un montant de 10'500 fr. conformément à la note d'honoraires de la Dre H._____ du 10 juin 2024.

10. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que X._____ est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2016, sans limitation dans le temps.

11. **a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé

est fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 600 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; BLV 173.36.5.1]). Compte tenu de la complexité du litige ayant nécessité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, il convient de l'arrêter à 4'500 francs.

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. A cet égard, il sied de relever que Me Torrent a déjà été indemnisée pour la période du 18 janvier au 12 juin 2023 à hauteur de 1'896 fr. 90 et qu'un nouveau conseil d'office a été désigné en la personne de Me Alexandre Lehmann à compter du 14 juin 2023 (décision du 14 juin 2023). Dans la mesure où l'indemnité de dépens allouée ci-avant couvre la rémunération du conseil d'office (cf. liste des opérations du 5 août 2024), il n'y a pas lieu de fixer précisément le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée pour la période du 22 juin 2023 au 5 août 2024 (art. 118 et 122 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA.VD ; cf. aussi art. 4 al. 1 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
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 23 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que X._____ est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2016.

- III.** Les frais de l'expertise judiciaire réalisée par la Dre H._____ le 10 juin 2024, par 10'500 fr. (dix mille cinq cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- V.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X._____ une indemnité de 4'500 fr. (quatre mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandre Lehmann, avocat (pour X. _____),
- 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).

Le greffier :