

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 mars 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Berthoud et Reinberg, assesseurs
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; 6, 7 et 8 LPGA

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1953, exerçait depuis le 1^{er} mars 2006 une activité indépendante à 100%, soit la tenue d'une boutique de vêtements de seconde main dont le bail a finalement été dénoncé pour le 31 mai 2013.

Le 25 octobre 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente, en faisant état de conséquences graves et handicapantes d'un syndrome de Stevens-Johnson (maladie orpheline) après prescription d'un antibiotique.

Dans un rapport du 31 octobre 2012 à la Dresse L._____, psychiatre-traitante de l'assurée, le Prof. V._____, médecin-chef de la consultation d'immunologie et allergie du Centre hospitalier E._____ (ci-après: le E._____), a posé les diagnostics de syndrome de Stevens-Johnson sur céfuroxime en juillet 2011, de probable syndrome de Stevens-Johnson sur nitrofurantoïne en 2009, de réaction allergique de type retard avec mucite vaginale et desquamation périoculaire sur pénicilline non datable, de réaction d'intolérance aux inhibiteurs de la synthèse des prostaglandines (ANS) avec atteinte cutanée sur acide acétylsalicylique dans les années 1980, de probable réaction allergique de type immédiat cutanée sur triméthopime sulfaméthoxazole dans les années 1990, de prurit généralisé sur morphine dans les années 2000, de status post hystérectomie, de status post endométriose, de status post cure du tunnel carpien bilatéral, de status post opération du genou et de status post cholecystectomie compliqué d'une péritonite en 2004.

Le 18 novembre 2012, l'assurée a complété le questionnaire 531 bis précisant que son taux d'activité serait de 90% dans une activité indépendante (boutique) si elle n'était pas atteinte dans sa santé, preuve de sa réussite et de son indépendance et ce, dès mars 2006.

Dans un rapport médical du 15 janvier 2013 à l'OAI, la Dresse L._____ a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de sa patiente de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions présent depuis juin 2012, de stress lié à une maladie physique présent depuis juillet 2011 et de maladie de Stevens-Johnson. Elle a précisé que le pronostic dépendait de l'évolution de la maladie somatique et a estimé que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible. Elle a en outre exposé ce qui suit au chapitre de l'anamnèse :

« Madame H._____ est venue me consulter en 2008 pour une problématique de type anxieuse. Elle a bien répondu à un traitement psychothérapeutique de type cognitivo-comportemental et hypnose. Elle présentait des traits de personnalité hyperthymique, étant toujours très énergique et réactive. Au niveau médicamenteux, le traitement a constitué en Tranxilium. Sous antidépresseur, le côté hyperthymique de la patiente s'est exacerbé, et sous Lamictal la patiente a rapidement présenté des rougeurs cutanées à 50mg/j déjà, nécessitant l'interruption immédiate du traitement. La prise en charge s'est terminée en 2010, la patiente n'ayant plus de symptômes anxieux.

Madame H._____ est revenue me consulter en septembre 2011, pour un soutien psychologique pour faire face à des symptômes physiques handicapant sa vie professionnelle, familiale et sociale depuis une réaction allergique en juillet 2011, décrite par mes collègues somaticiens. Peu à peu, suite à la fatigue occasionnée par les symptômes eux-mêmes (syndrome sec et brûlures cutanées provoquant des troubles du sommeil), et suite au stress dû aux changements que ses symptômes ont provoqués dans sa vie professionnelle et privée (fermeture de sa boutique, incapacité à se déplacer au-delà d'une certaine distance, incapacité à s'occuper de son appartement et de son administration), Madame H._____ a présenté aussi une fatigue émotionnelle, une irritabilité et des moments de découragement ».

Dans un rapport médical du 11 février 2013 à l'OAI, la Dresse J._____ du Service d'immunologie et d'allergie du E._____ a retenu les diagnostics suivants :

« *Diagnostics avec effet sur la capacité de travail*

Douleurs des membres inférieurs et supérieurs et troubles de la concentration et de la mémoire d'origine indéterminée apparus à la suite d'un syndrome de Stevens-Johnson en juillet 2011

Fatigue chronique suite au Syndrome de Stevens-Johnson de juillet 2011

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail

Syndrome de Stevens-Johnson sur céfuroxime en juillet 2011 avec possibles manifestations séquellaires

- Syndrome sec
- Dysgueusie
- Fatigue chronique

Probable syndrome de Stevens-Johnson sur nitrofurantoïne en 2009. Réaction allergique de type retard avec mucite vaginale et desquamation périoculaire sur pénicilline non datable.

Réaction d'Intolérance aux inhibiteurs de la synthèse des prostaglandines avec atteinte cutanée sur acide-acétylsalicylique dans les années 1980.

Probable réaction allergique de type immédiat cutanée sur triméthoprim sulfaméthoxazole dans les années 1990.

Prurit généralisé sur morphine dans les années 2000 ».

Elle a attesté une incapacité de travail totale du 2 août au 31 octobre 2012, ajoutant que d'un point de vue médical l'activité exercée n'était plus exigible car « dans l'état actuel la patiente n'est subjectivement pas capable d'assumer son activité de propriétaire de magasin ». Etaient annexés les rapports de consultation des 13 décembre 2012 et 4 février 2013.

Par communication du 29 avril 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, la situation médicale n'étant pas encore stabilisée.

Au vu des éléments précités, l'OAI a soumis le cas de l'intéressée à son Service médical régional (ci-après : le SMR).

Par avis médical du 2 juillet 2013, les Drs P._____ et B._____ ont exposé ce qui suit :

« Assurée de 59 ans, suisse depuis 1972, bénéficiaire d'un diplôme de commerce qui aurait été perdu, indépendante, mariée, sans enfant. Nous disposons d'un certificat d'incapacité de travail daté du 02.08.2012 au 31.10.2012 par le service d'immunologie qui la (sic) suivie pour un syndrome de Stevens Johnson apparu en juillet 2011. Un syndrome de fatigue chronique s'en est ensuivie (sic) avec des douleurs des membres inférieurs et supérieurs et des troubles de la concentration et de mémoire d'origine indéterminée. La lettre du 31.10.2012 du Dr V._____, Professeur associé en immunologie, détaille cette pathologie. Dans son rapport médical du 15.01.2013, le Dr L._____, psychiatre, pose le diagnostic de trouble de l'adaptation F43.23, depuis juin 2012. Elle aurait suivi l'assurée depuis 2008 à 2010 pour une symptomatologie anxieuse (anxiété

généralisée). Elle valide une incapacité de travail de 100% depuis juillet 2011 jusqu'à une date indéterminée.

Si le médecin somaticien ne valide pas une incapacité de travail de longue durée, le diagnostic de fatigue chronique est amené, qui avec un trouble de l'adaptation peut faire évoquer l'éventualité d'un examen des critères de la jurisprudence. Dans cette optique, nous avons présenté le cas à un psychiatre au SMR.

Le syndrome de fatigue chronique est un équivalent du trouble somatoforme douloureux. Les diagnostics portés par le Dr L. _____ psychiatre ne sont pas incapacitants. Cependant une IT serait toujours d'actualité à 100% depuis juillet 2011 soit depuis bientôt deux ans, ce qui est inhabituel pour un trouble de l'adaptation. Par ailleurs, pour justifier cette IT, est fait appel à une pathologie somatique que le somaticien ne valide que du 2.8.2012 au 31.10.2012 dans son rapport du 11.2.2013.

Dans ces conditions, nous devons organiser une expertise multidisciplinaire avec volet psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne auprès de la plate-forme med@P. »

Par communication du 5 juillet 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'un examen approfondi (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) était nécessaire afin de clarifier son droit aux prestations.

Par communication du 10 septembre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, dans l'attente des conclusions de l'expertise médicale.

Dans un courrier du 17 juin 2014 à l'OAI, le Prof. V. _____ a conclu à la nécessité d'une évaluation du cas de sa patiente par un groupe d'experts. Il a en outre précisé que si les douleurs des membres supérieurs et inférieurs telles que les présente sa patiente ne sont pas avec certitude la conséquence du syndrome de Stevens-Johnson, ceci n'est pas exclu, et quoiqu'il en soit les manifestations rhumatologiques ont à ce point perturbé la qualité de vie de sa patiente qu'elle n'a pu regagner aucune autonomie ni capacité de réorientation ou d'activité personnelle, notamment professionnelle. S'il estimait que la capacité de travail était encore partielle il y a une année, celle-ci était maintenant de 0%.

Par courrier du 1^{er} septembre 2014, l'assurée, désormais représentée par Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap, a estimé que l'expertise multidisciplinaire demandée ne devait pas se limiter à l'exclusion ou à l'admission des critères jurisprudentiels

émis pour les troubles somatoformes douloureux, mais qu'elle devait tenir compte des spécificités de sa maladie, notamment de la fatigue chronique, laquelle découlait vraisemblablement du syndrome dont elle était atteinte. Dès lors, la seule application des conditions jurisprudentielles en matière de troubles somatoformes douloureux n'était pas adéquate.

Dans un courrier du 4 novembre 2014, l'assurée, par son conseil, a informé l'OAI qu'il lui paraissait nécessaire que les spécificités de l'affection dont elle souffrait devaient être examinées par le biais d'autres investigations qu'une expertise pluridisciplinaire diligentée par la plateforme SuisseMed. De telles investigations devaient être réalisées d'ailleurs dans tous les cas, dès lors que le mandat d'expertise n'était à son avis pas assez large.

Par courrier du 14 novembre 2014, l'OAI a indiqué au conseil de l'assurée les éléments suivants :

« (...) Tout d'abord, de l'avis même de son entourage thérapeutique, certaines douleurs ou encore les troubles de la mémoire ou de la concentration présentés, ne sont pas forcément expliqués par le syndrome de Stevens-Johnson ; contrairement au syndrome sec, à la dysgueusie et à la fatigue chronique qui peuvent être les suites d'un syndrome de Stevens-Johnson.

Sur le plan psychiatrique, la durée de l'incapacité de travail engendrée par le trouble de l'adaptation retenu nous interpelle également, dans la mesure où ce type de diagnostic ne saurait en soi engendrer une incapacité de travail de longue durée.

Ensuite, par la seule présence d'un syndrome de fatigue chronique, une expertise est indiquée dans la mesure où ce diagnostic doit être assimilé selon le Tribunal fédéral à un diagnostic de trouble somatoforme douloureux. La jurisprudence développée en la matière devra par conséquent être discutée par les experts mandatés. Il va en revanche de soi que le champ d'investigation de ces experts ne se limitera pas uniquement à cette analyse vu que quatre disciplines seront investiguées : psychiatrie, rhumatologie, médecine interne et allergologie. »

Par courrier du 26 janvier 2015, l'OAI a informé l'assurée que l'expertise serait effectuée par le Centre T._____ (ci-après : le T._____) et a énuméré les noms des experts en médecine interne, psychiatrie et rhumatologie.

Dans un rapport du 19 juin 2015 faisant suite à des examens cliniques et des entretiens avec l'assurée et une réactualisation du dossier médical (notamment courriers des 2 février 2015 du Dr F. _____ au Prof. V. _____), les Drs M. _____, spécialiste en médecine interne, X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W. _____, spécialiste en rhumatologie, ont retenu que le diagnostic de syndrome de Stevens-Johnson présent depuis juillet 2011 avec des complications touchant la cavité buccale, la peau de la face et du dos, ainsi que les yeux avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, alors que tel n'était pas le cas pour les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme F45.4 depuis 2011, de déconditionnement musculaire global, de myalgies des membres supérieurs, des membres inférieurs et du tronc d'origine indéterminée, de scoliose lombaire dextroconvexe et troubles dégénératifs lombaires, de status post-opération du tunnel carpien bilatéral en 1995, de status post-hystérectomie pour endométriose en 2000, de status post-cholécysectomie sur péritonite en 2004 et de status post-ablation de kyste mammaire droit en 2010. Les experts ont retenu que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle avec une baisse de rendement de 30% en raison de la photophobie et la nécessité d'une humidification constante des muqueuses buccales et ce, en l'absence de gravité fonctionnelle objectivable.

Par avis médical du 30 juin 2015, le Dr P. _____ s'est rallié aux conclusions des experts et a notamment relevé les éléments suivants :

« L'expertise multidisciplinaire reprend les données administratives, procède à une analyse du dossier, détaille les plaintes suggestives avec la difficulté d'être considérée comme une malade psychosomatique, la colère d'avoir abandonné son entreprise (son bébé) et ne pouvoir s'occuper de sa petite fille. Cependant, au status psychique, et à l'anamnèse, il n'apparaît pas de symptômes anxieux actuels et l'exploration des divers registres de la pathologie psychiatrique est sans particularité mis à part des troubles cognitifs débutants que nous estimons en rapport avec l'âge. Le status de médecine interne montre une peau du visage légèrement enflammée, un état dentaire délabré, le port de lunettes de soleil permanent. Le status rhumatologique démontre une discrète laxité ligamentaire aux membres supérieurs et inférieurs. Dans leur discussion, les experts rappellent le bien que les suites du syndrome de Stevens-Johnson peuvent être un syndrome sec, une

dysgueusie et une fatigue chronique. Sur ce dernier point, on ne trouve pas de points de Smythe permettant d'évoquer une fibromyalgie mais les critères jurisprudentiels ont été évoqués et aucune comorbidité psychiatrique, comme les autres critères ne peut être actuellement retenu[e]. Il n'en demeure pas moins qu'il existe un syndrome douloureux musculo-squelettique d'origine indéterminé qui se différencie du trouble douloureux somatoforme et justifie l'octroi d'une baisse de rendement de 30%.

Nous situant dans l'article du 3.6.2015 du TF, on peut admettre que cette femme soignée et élégante n'a pas voulu poursuivre un travail dans laquelle (sic) elle aurait pu paraître diminuée et qu'elle a en conséquence abandonné son entreprise. Son état psychique actuel, non décompensée avec la déclaration que constitue « l'absurdité de revenir sur un passé lointain », autrement dit de tourner la page, démontre la force de son caractère, d'ailleurs traduit par des manifestations explosives dans certaines situations et le fait que cela a dû être une décision volontaire, alors non justifiée par un état maladif. De ce fait nous pensons qu'elle garde des ressources lui permettant d'effectuer une activité.

Cependant, son âge et la longue période d'inactivité font qu'il lui serait peut-être difficile de trouver un emploi salarié, l'éventualité d'une activité d'indépendante n'étant plus de mise. Dans ces conditions, il appartiendra au service de l'OAI de juger de l'application (cf. l'arrêt D. du 12 juin 1997, U 218/96) de la possibilité d'un indépendant de reprendre un travail à plus de 60 ans ».

Par courrier du 14 juillet 2015 à l'OAI, l'assurée par son conseil a relevé que l'expertise ne tenait pas compte de la fatigue chronique dont elle avait fait état, alors que le rhumatologue a rappelé que cette fatigue appartenait aux séquelles documentées du syndrome de Steven-Johnson. En ce qui concerne les douleurs, le rhumatologue a exclu de les rattacher au syndrome de Steven-Johnson, retenant un syndrome douloureux musculo-squelettique d'origine indéterminée, alors que l'expert psychiatrique a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. L'expertise devait toutefois être complétée, puisqu'elle se fondait sur une ancienne jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux.

Par courrier du 19 août 2015 à l'OAI, le Prof. V._____ a confirmé que l'incapacité de travail de sa patiente était de 100%.

Le 29 février 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait refuser sa demande de rente d'invalidité. Il a ainsi considéré qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année au sens de l'art. 28 LAI, soit en juillet 2012, et après examen des éléments médicaux versés au dossier, force était de constater qu'elle présentait une pleine capacité de travail

dans toute activité. Une diminution de rendement de 30% était toutefois admise en raison de la photophobie et de la nécessité d'humidifier régulièrement les muqueuses buccales. Le préjudice économique, tant dans l'activité exercée antérieurement que dans toute autre activité, était dès lors de 30%, ce qui ne donnait pas droit à une rente. Par ailleurs, au vu de sa situation personnelle, aucune mesure n'était susceptible de réduire ledit préjudice.

Le 4 avril 2016, l'assurée, par son conseil, a contesté le projet de décision précité, reprenant pour l'essentiel les arguments avancés dans son courrier du 14 juillet 2015. Elle a en outre relevé que les experts du T. _____ retenaient une diminution de rendement due à la photophobie dont elle souffrait et qui la forçait à exercer une activité dans un environnement peu lumineux. Elle a allégué que l'OAI n'avait pas procédé à l'examen des tâches qu'elle pourrait effectuer, alors que le SMR avait estimé qu'une activité indépendante n'était plus de mise.

Par avis médical du 23 mai 2016, le Dr P. _____ a procédé à la réévaluation du « cas en opérant une nouvelle démarche probatoire suivant en cela les indicateurs standards et considérant que le diagnostic de syndrome douloureux persistant est retenu ». Il a notamment exposé ce qui suit :

« (...).

De fait, il n'y a pas de gravité fonctionnelle objectivable après l'expertise, tant sur le plan somatique que psychiatrique. La lettre du Prof. V. _____ porte l'accent sur l'exception par rapport à ce qui est connu en médecine, que pourraient représenter les douleurs de l'assurée. La description qui est faite par l'expert psychiatre démontre une discordance entre la douleur alléguée et le peu de manifestation en expertise, qui pourrait être considérée comme un motif d'exclusion. Par ailleurs, la cohérence des plaintes ne paraît pas établie dans tous les domaines de la vie, le retrait de certaines activités pouvant se justifier par d'autres raisons que la fatigue invoquée. Le poids de la souffrance, bien décrit par ses thérapeutes, n'a pas été constaté lors de l'expertise. On observe au contraire une assurée assez déterminée et capable d'adaptation.

En conclusion si nous ne pouvons suivre les développements du conseil de l'assurée, et maintenons nons (sic) conclusions à la suite de la relecture de l'expertise multidisciplinaire, nous attirons de nouveau l'attention sur le dernier paragraphe de notre rapport SMR,

traitant de l'âge, de la longue période d'inactivité et des conclusions qui s'imposent ».

Par décision du 4 octobre 2016, dont la motivation figure dans un courrier séparé du 3 octobre 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 29 février 2016.

B. Par acte du 28 octobre 2016 de son conseil, H._____ recourt contre la décision du 4 octobre 2016 et conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle instruction quant à ses capacités de travail et de gain. Elle reproche essentiellement à l'intimé de n'avoir pas sollicité auprès des médecins du T._____ un complément d'expertise, alors que l'avis d'un spécialiste en allergologie devait être sollicité, que la question de la fatigue chronique avait été totalement occultée et que le SMR s'est substitué aux médecins du T._____ pour examiner les indicateurs de la nouvelle jurisprudence. Elle soutient également que l'intimé aurait dû faire intervenir son service de réadaptation compte tenu des limitations retenues et de son âge. Elle rappelle être au bénéfice d'une formation d'employée de commerce, mais qu'elle n'a pas exercé dans ce domaine durant de très nombreuses années ; elle n'est pas en mesure de rester devant un écran toute une journée compte tenu de son syndrome sec. Enfin, compte tenu de son âge, elle se demande si elle a encore la possibilité de trouver un emploi. Elle produit un courrier du 18 octobre 2016 adressé à son conseil par le Prof. R._____ de la Clinique dermatologique de l'Hôpital universitaire de K._____.

Dans sa réponse du 13 décembre 2016, l'intimé se réfère à son courrier du 3 octobre 2016. Il produit un avis médical du SMR du 12 décembre 2016 par lequel le Dr P._____ propose de soumettre le courrier du Prof. R._____ aux experts du T._____.

Dans sa réplique du 11 janvier 2017, la recourante maintient toutes ses explications et conclusions du recours.

Dans sa duplique du 13 mars 2017, l'intimé rappelle qu'un chevauchement existe entre les disciplines d'immunologie, médecine interne et rhumatologie dans le type de pathologies présenté par la recourante. Il estime que les experts qui ont examiné l'assurée n'auraient pas manqué de signaler la nécessité d'ajouter un volet allergologique à leur expertise si un indice concret dans ce sens l'avait justifié.

Dans son écriture du 8 mai 2017, l'intimé transmet un courrier du 29 mars 2017 de la recourante, laquelle indique que le syndrome rare dont elle souffre - à savoir celui de Stevens-Johnson - est compliqué par un syndrome de Sjögren diagnostiqué le 9 février 2017. Elle produit à cet effet plusieurs documents, soit un courrier du 9 janvier 2017 du Dr C._____, spécialiste en rhumatologie à l'Hôpital cantonal de N._____, au Prof. R._____, un courrier du 9 février 2017 du Dr Q._____, médecin-chef de la clinique ORL de l'Hôpital universitaire de K._____, ainsi qu'un courrier du 13 mars 2017 du Prof. R._____ lequel a en outre confirmé une totale incapacité de travail de la recourante par certificat médical du 22 mars 2017. L'intimé, pour sa part, produit un avis médical du SMR du 18 avril 2017, lequel a la teneur suivante :

« Le fait nouveau est qu'à la suite d'une biopsie de la lèvre, le diagnostic de sialadénite lymphocytaire (grad IV selon Ghisholm et Mason) est posé. Contrairement à ce que le courrier du Prof. R._____ du 13.3.2017 affirme, le diagnostic de syndrome de Sjögren n'a pas été posé par le Dr Q._____ dans son courrier du 9.2.2017, ce diagnostic histologique n'est qu'un des critères reconnus par l'ACR. En effet, le diagnostic retenu est celui de syndrome sec, avec certes, comme diagnostic différentiel un syndrome de Sjörgen, mais inclus dans le cadre du diagnostic de Stevens-Johnson reconnu.

De fait, le Prof. R._____ estime que ce nouveau diagnostic différentiel hypothétique aurait un impact sur la capacité de travail. Il mentionne également que l'évolution pourrait être négative ou positive dans le contexte de cette hypothèse.

La lettre du 9.1.2017 du Rhumatologue C._____ va dans le même sens et soupçonne un syndrome de Sjörgen sans parvenir à l'établir, la légère positivité des anticorps anti-DNA ne permettant pas de poser un diagnostic de lupus érythémateux disséminé absent cliniquement. Il fait remarquer l'absence de points de fibromyalgie, le fait que si les douleurs multiples pourraient bien être secondaires à un syndrome de Sjörgen, et seulement en partie, ce serait une présentation tout à fait inhabituelle. Par contre il ne peut exclure une origine fonctionnelle qui pourrait expliquer les multiples inconforts (Beschwerden).

Nous devons cependant rappeler que l'IT a été reconnu[e] occasionner une baisse de rendement de 30% compatible avec la sécheresse buccale ou ophtalmique qui a été prise en compte dans l'expertise. De plus, ce n'est pas un diagnostic, quel qu'il soit qui rend incapacitant mais les limitations fonctionnelles qu'il induit, en l'occurrence sur la sécheresse buccale en particulier, limitations déjà prises en compte lors de l'appréhension des effets du syndrome de Stevens-Johnson.

En conséquence, il n'y a pas de fait nouveau qui puisse a posteriori justifier une modification de la capacité de travail.

Notre rapport SMR du 30.6.2016 et les avis subséquents ne s'en trouvent pas modifiables ».

Dans son écriture du 30 mai 2017, la recourante indique qu'elle a transmis les rapports en question directement à l'administration puisqu'il était fait mention d'un nouveau diagnostic compliquant son état de santé, lequel a été posé après la décision litigieuse. Ils démontrent une fois encore la complexité des atteintes dont elle souffre et la nécessité d'un examen complet auquel l'intimé a renoncé à tort.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – comme c'est le cas en manière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 40 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoit que l'office AI compétent lors de l'enregistrement de la demande le demeure durant toute la procédure.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des

exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA et 40 al. 3 RAI en corrélation avec l'art. 58 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité suite à sa demande déposée le 25 octobre 2012.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins à une demi-rente, un taux de 60% au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70% au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 *loc. cit.*, I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire

sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 et la référence citée ; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 *loc. cit.*, 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale confiée par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'à celles d'une expertise 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. Selon la jurisprudence, 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 352 consid. 3b/aa et les références citées; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

4. Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées, dont fait notamment partie la fibromyalgie. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et a introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi

que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examinée au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4). Le catalogue d'indicateurs doit être appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondre aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, ainsi qu'un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.3, 4.4 et référence citée).

Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et réf. cit.).

5. a) En l'occurrence, l'office intimé a estimé que les atteintes à la santé dont se prévaut la recourante n'étaient pas susceptibles d'ouvrir le droit à la rente. Se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire du T._____, l'OAI a retenu que la recourante disposait toujours d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle avec une baisse de rendement de 30% en raison de la photophobie et de la nécessité d'une humidification constante des muqueuses buccales.

La recourante conteste ce point de vue. Elle reproche essentiellement à l'intimé de n'avoir pas sollicité auprès des médecins du T._____ un complément d'expertise, compte tenu du fait que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 19 juin 2015 ne contenait ni l'avis d'un spécialiste en allergologie, ni un examen de la fatigue chronique, ainsi que des indicateurs de la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux.

b) Sur le plan somatique, les experts ont posé le diagnostic de syndrome de Stevens-Johnson présent depuis juillet 2011 avec des complications touchant la cavité buccale et les yeux, lesquelles entraînaient une baisse de rendement de 30%. A cet égard, on ne saurait dès lors suivre le SMR lorsqu'il affirme que la baisse de rendement de 30% a été octroyée, car « il existe un syndrome douloureux musculo-squelettique d'origine indéterminée qui se différencie du trouble douloureux somatoforme » (cf. avis médical du 30 juin 2015, 3^{ème} par.).

La recourante reproche aux experts d'avoir traité la fatigue sous l'angle des critères développés en matière de troubles somatoformes douloureux sans en discuter dans le cadre des effets secondaires du syndrome de Stevens-Johnson. A cet égard, il convient de constater que, par courrier du 2 juillet 2013, le SMR a indiqué dans le cadre de l'organisation de la procédure SuisseMed@P que « *si le médecin somaticien ne valide pas une incapacité de travail de longue durée, le diagnostic de fatigue chronique est amené, qui avec un trouble de l'adaptation peut faire évoquer l'éventualité d'un examen des critères de la jurisprudence* ». La rédaction du mandat d'expertise a clairement incité les experts à limiter l'examen de la fatigue chronique sous l'angle des troubles somatoformes douloureux. Ainsi, alors que dans le cadre de l'expertise, la Dresse W._____ s'est référée à la doctrine médicale et a précisé que « *les séquelles d'un syndrome de Steven-Johnson peuvent être un syndrome sec, une dysgueusie et une fatigue chronique* » (cf. rapport d'expertise, p. 16), elle n'en a pas plus fait état lors de la discussion du cas. Or, cette référence médicale démontre, contrairement à

l'avis médical du SMR du 23 mai 2016, que l'on ne saurait d'emblée exclure une explication évidente à cette symptomatologie (fatigue) unanimement admise par tous les médecins consultés par la recourante (notamment cf. rapports médicaux des 11 février 2013 de la Dresse J._____, 17 juin 2014 et 19 août 2015 du Prof. V._____, 18 octobre 2016 du Prof. R._____), ainsi que par les experts, lesquels n'ont pas mis en doute les plaintes de l'intéressée sur ce point. A toutes fins utiles, on relèvera que dans un arrêt du 19 juin 2013 (ATF 139 V 346 consid. 3), le Tribunal fédéral 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'arrêt ATF 130 V 352, n'étaient pas applicables par analogie pour trancher la question des effets invalidants d'une Cancer-related Fatigue (ci-après : CrF), car le CrF est directement lié à une cause organique. La Haute Cour a précisé qu'il y a unanimité sur le fait que les causes du syndrome 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.

Par conséquent, il appartenait aux experts et non au SMR d'expliquer si, en l'occurrence, la fatigue chronique pouvait ou non être rattachée au syndrome de Stevens-Johnson, explication que l'on cherche en vain dans le rapport d'expertise. Dans ce contexte, il était nécessaire de s'adjoindre l'avis d'un allergologue, seul à même de décrire de manière précise et détaillée d'une part, pour quels motifs il convient de rattacher ou d'exclure la fatigue chronique importante dont se prévaut l'intéressée à d'autres pathologies que le syndrome de Stevens-Johnson et d'autre part, son éventuel impact sur la capacité de travail de la recourante. En l'état du dossier, l'on ne peut que constater que les experts, respectivement le SMR ont précisément échoué à formuler de telles conclusions, faute d'être des spécialistes en la matière.

c) S'agissant des diagnostics sans effet sur la capacité de travail, les experts ont notamment retenu les diagnostics de déconditionnement musculaire global, de myalgies des membres

supérieurs, des membres inférieurs et du tronc d'origine indéterminée, de scoliose lombaire dextroconvexe et troubles dégénératifs lombaires, de status post-opération du tunnel carpien bilatéral en 1995, de status post-hystérectomie pour endométriose en 2000, de status post-cholécystectomie sur péritonite en 2004 et de status post-ablation de kyste mammaire droit en 2010.

La Cours de céans constate que les experts du T. _____ ont relevé que les investigations biologiques n'avaient pas permis de confirmer un syndrome de Sjögren ou une autre affection rhumatismale/immunologique/une myopathie (anticorps anti-nucléaires faiblement positifs sans positivité des anticorps antinucléoprotéines, absence d'hypergammaglobulinémie, facteur rhumatoïde négatif, enzymes musculaires en ordre, TSH dans les normes). Sur le plan neurologique, les investigations se sont révélées sans particularité, une électroneuromyographie ayant infirmé une polyneuropathie. Les documents médicaux produits par la recourante en cours de procédure (courriers des 18 octobre 2016 et 13 mars 2017 du Prof. R. _____, 9 janvier 2017 du DrC. _____ et 9 février 2017 du Dr Q. _____) ne permettent pas de reconnaître a posteriori l'existence du syndrome de Sjögren.

d) S'agissant du syndrome douloureux somatoforme F45.4, il convient de constater que les experts n'ont pas établi leur expertise en se référant aux critères posés par le Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281. On ne peut toutefois leur en faire le reproche, dans la mesure où cet arrêt date du 3 juin 2015 et qu'ils ont établi leur rapport d'expertise le 19 juin 2015, alors les examens cliniques et les entretiens ont eu lieu en mars 2015. Sur le plan du droit intertemporel, il y a lieu de procéder par analogie avec l'ATF 137 V 210 (qui concerne les exigences requises dans un Etat de droit en matière d'expertises médicales). Selon cet arrêt, les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder

définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral (ATF précité consid. 6 *in initio*). Ces considérations peuvent être appliquées par analogie aux nouvelles exigences de preuve en ce sens qu'il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8).

En l'occurrence, dans leur évaluation, les experts ont analysé les critères jurisprudentiels antérieurs à l'ATF 141 V 281 liés au trouble somatoforme douloureux diagnostiqué. Ils ont en particulier relevé que ce diagnostic n'était pas associé à une comorbidité psychiatrique grave. Il n'y avait pas d'état psychique cristallisé, ni de perte de l'intégration sociale, ni d'échec des traitements conformes aux règles de l'art et de mesures de réadaptation, en dépit de la motivation et des efforts de l'intéressée pour surmonter les effets du trouble somatoforme douloureux.

Il résulte de ce qui précède que, dans l'hypothèse où le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme devait être finalement retenu par les experts faute de substrat organique en lien avec les plaintes de la recourante, il conviendra d'apprécier le cas d'espèce à l'aune des nouveaux indicateurs posés par le Tribunal fédéral à l'ATF 141 V 281.

e) Dès lors, en l'absence d'appréciation médicale exhaustive permettant de se prononcer en connaissance de cause, l'instruction doit être complétée par un volet allergologique afin de déterminer si la fatigue chronique peut ou non être rattachée au syndrome de Stevens-Johnson. Enfin, l'éventuel caractère invalidant du syndrome somatoforme douloureux présenté par la recourante devra être examiné au regard des nouveaux principes applicables en matière de syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique.

6. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre un complément d'expertise répondant aux exigences de l'art. 44 LPGA auprès du T._____. Enfin, il appartiendra à l'intimé de soumettre le dossier à son service de réadaptation afin d'évaluer les possibilités pour un indépendant de reprendre un emploi à plus de 60 ans (cf. avis du SMR des 30 juin 2015 et 23 mai 2016), cas échéant de déterminer les revenus avec et sans invalidité.

7. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en 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 principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr., à la charge de l'intimé.

**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 4 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à H._____.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Florence Burqui, Inclusion Handicap, à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :