

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 juillet 2019

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 9 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 37 RAI

E n f a i t :

A. Le 20 septembre 2002, Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] et sommelière de profession, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). A l'appui de cette demande, elle invoquait souffrir d'enflures des jambes, de dépression, d'insomnies, de douleurs aux épaules, à la nuque, au dos et aux genoux.

B. Dans un rapport du 9 octobre 2000, le Dr J._____, spécialiste en radiologie, a constaté sur les images d'IRM de la colonne des troubles statiques et une discarthrose débutante C5-C6 ainsi que de légers troubles statiques, un probable pincement L4-L5 à droite et L5-S1 et des séquelles de la maladie de Scheuermann.

Dans une expertise du 28 février 2002, le Dr L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, a posé les diagnostics de rachialgies chroniques dans le cadre d'un épisode dépressif moyen à majeur, avec syndrome somatique, et d'obésité.

Dans un rapport du 10 mai 2002, les Drs H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et V._____, médecin-assistante, ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Dans leur rapport du 22 décembre 2004, les Drs Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecins auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose primaire bilatérale débutante prédominante des compartiments internes et des compartiments fémoro-patellaires et de

cervico-dorsolombalgies sur troubles dégénératifs débutants. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une obésité, une hypothyroïdie substituée, un état régressif majeur, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et des troubles somatoformes douloureux persistants. La capacité de travail dans l'activité de serveuse était nulle, mais dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit un travail sédentaire ou semi-sédentaire, alternant la position assise avec la position debout sans port d'objet de poids supérieur à 10 kg et sans se pencher en avant, elle était de 100 %. Dans la partie intitulée « Appréciation consensuelle du cas », les médecins du SMR ont écrit ce qui suit :

« Assurée de [...] ans, souffrant du point de vue somatique, de cervico-dorsolombalgies avec des troubles dégénératifs mineurs mis en évidence sur les examens radiologiques. L'assurée se plaint aussi de gonalgies bilatérales plus importantes à droite qu'à gauche sur une gonarthrose radiologique débutante.

L'assurée se plaint constamment de douleurs qu'elle que soit l'endroit examiné. Ces douleurs globales sont cliniquement inexplicables. Le moindre contact cutané est perçu comme douloureux. Tous les signes de non-organicité de Wadell sont positifs.

L'évaluation de l'état de santé psychiatrique de Mme Z. _____ pose un problème grave : sa présentation clinique la rend clairement inapte à toute activité, puisque déjà sa mobilisation toute simple exige l'aide de son mari. Les symptômes ne sont aucunement appuyés par des substrats morphologiques. Leur pathogenèse doit s'expliquer par un autre biais.

Suite à des difficultés d'intégration dans le milieu de vie actuel, l'assurée n'a pas trouvé d'autre ressource que de développer un syndrome douloureux chronique. Elle s'est positionnée dans un état de régression extrême où elle adopte une attitude larvaire : elle dévore massivement et indifféremment, ne s'habille ni ne se lave et laisse le soin des travaux ménagers à son entourage. La vie sociale mobilise à outrance sa famille proche. L'assurée s'est déconnectée de l'actualité et de la réalité, qui pour elle sont restées au pays. Elle n'est pas atteinte d'une maladie psychiatrique invalidante, mais se trouve dans une position en cul-de-sac : son mari est sans emploi depuis [...] et, à l'époque, elle continue à se rendre au travail. Tenant compte de l'origine culturelle de ce couple, il n'est pas acceptable du point de vue narcissique, pour le mari, que son épouse quitte le domicile familial et, de plus, pourvoie aux besoins du ménage.

Comme le retour au pays nécessiterait de reconnaître l'échec de l'émigration, ce qui est souvent pénible à accepter, la solution que notre assurée tombe malade devenait une porte de sortie honorable

: sa dépendance permanente ne permet plus au mari de travailler, l'octroi d'une rente permettrait de reconnaître ce statut et sauverait l'honneur vis-à-vis des proches restés au pays.

Ce mode de fonctionnement nécessite alors que l'assurée soit prise d'une dépendance telle que toute la famille en Suisse soit mobilisée. Pour ce faire, elle doit montrer une impotence bien visible à tous : une obésité sur hyperphagie, une régression la positionnant dans un rôle de petit enfant et une mobilité spontanée quasi-absente.

Il s'agit d'un phénomène certes grave, mais d'ordre psychosocial, sortant du champ de la médecine. Il ne s'agit pas donc pas d'une atteinte à la santé au sens de l'AI mais d'un processus d'invalidation réactionnel à l'émigration et à une intégration quasi inexistante. Comme l'indique l'anamnèse familiale, les sœurs de l'assurée qui vivent à l'étranger sont également malades, alors que la sœur restée au pays jouit d'une bonne santé.

Du point de vue de la dépression, les douleurs étant apparues chronologiquement avant la baisse de la thymie, celle-ci doit être considérée comme consécutive. La composante dépressive ne peut donc pas non plus être retenue comme cause d'une maladie invalidante, d'autant qu'il n'y a pas d'idée suicidaire, pas d'anorexie et que la baisse de l'humeur n'est pas majeure.

A la réserve d'un retour au pays, le pronostic est catastrophique : au vu des précédents rapports, la régression progresse à une vitesse impressionnante. Aucune ressource n'est mobilisée dans un but d'amélioration de son état de santé. Malgré la suggestion insistante d'un suivi psychiatrique, l'assurée ne s'est rendue qu'à un rendez-vous chez un psychiatre privé. Elle exerce un désintérêt total envers tout ce qui l'entoure, laissant l'impression d'un processus démentiel : toutefois, aucun trouble cognitif au sens strict du terme n'a été décelé. Les facultés d'intégration des événements récents sont maintenues et, lors de stimulation, l'assurée peut solliciter sa mémoire, ses capacités de synthèse et de raisonnement d'une manière parfaitement adéquate (cf. le contact observé avec son mari avant et après l'entretien). Il ne s'agit donc pas non plus d'une démence. Nous avons l'impression que l'assurée ne veut pas pouvoir, et non qu'elle ne peut pas vouloir.

En résumé, nous nous trouvons face à une situation psychosociale grave qui doit être mise en rapport avec la nécessité d'un appel continu du mari dans un contexte de difficultés d'intégration ethnique.

Du point de vue des critères de Mosimann, il n'y a pas de traits prémorbides de la personnalité, pas de comorbidité psychiatrique, pas d'affection corporelle chronique majeure. On ne peut pas forcément parler de perte d'intégration sociale car l'assurée a réussi à mobiliser toute sa famille (conjointes et leurs enfants) sous le même toit. Le profit tiré de la maladie correspond au moyen de justifier la présence en Suisse malgré la non-réussite professionnelle de ce couple migrant. Le caractère chronique va en s'aggravant rapidement et l'échec des traitements conformes aux règles de l'art est complet et indispensable.

Les douleurs décrites comme intenses ont des caractéristiques vagues, la position est étonnamment stable durant l'entretien pour quelqu'un qui souffre autant du dos et il n'y a aucune demande de soins, plutôt une tendance à la fuite du corps médical. Les experts sont restés insensibles aux plaintes, bien que conscients de l'aspect dramatique de la situation. L'environnement psychosocial est entièrement centré sur l'assurée.

Les limitations fonctionnelles

En raison des rachialgies chroniques et de la gonarthrose bilatérale, cette assurée doit avoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire alternant la position assise avec la position debout sans porter d'objets de poids supérieur à 10kg et sans se pencher en avant.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? L'assurée est au bénéfice de certificats d'arrêt de travail depuis le 01.09.2001.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Au sens de l'AI, il n'y a pas, dans l'évolution de l'état de santé de l'assurée, de maladie invalidante pouvant porter atteinte à sa capacité de travail.

Concernant la capacité de travail exigible,

Du point de vue somatique, dans l'activité habituelle de serveuse 0%, dans une activité adaptée 100%.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 % DEPUIS LE 01.09.2001. »

Par décision du 5 janvier 2006, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée au motif que son taux d'invalidité était de 0 %. Ce refus a été confirmé par la décision sur opposition rendue le 29 janvier 2008 par l'OAI, laquelle a été confirmée à son tour par l'arrêt du 16 septembre 2009 de la Cour des assurances sociales en la cause AI 123/08 - 286/2009.

C. Le 25 juin 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Par décision du 22 juillet 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 25 juin 2010, au motif qu'aucun élément nouveau n'était susceptible de modifier la décision du 5 janvier 2006 lui refusant le droit aux prestations de l'AI.

D. Le 5 janvier 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une dégradation de son état de santé suite à divers problèmes physiques et psychiques, notamment des troubles de l'équilibre, des graves douleurs et une dépression.

L'assurée a produit à l'OAI un rapport du 9 mars 2011 de la Dresse S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle posait les diagnostics d'épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de traits de la personnalité paranoïaques et hystériques. La psychiatre a relevé que sa patiente vivait auprès de son petit-fils dont elle dépendait entièrement, incapable de gérer elle-même sa médication et la gestion du quotidien. Elle a en outre relevé que l'assurée nécessitait une sollicitation permanente, sans laquelle elle restait repliée et mutique. L'incapacité de travail était selon elle de 100 %.

Dans un rapport du 23 mars 2011, le Dr D._____, médecin praticien, a noté une péjoration de l'état de santé physique de sa patiente, avec diverses plaintes somatiques. Il estimait que cette dernière présentait un épisode dépressif sévère avec apparition de symptômes psychotiques et une modification de son comportement dans une personnalité schizoïde.

Par décision du 7 juillet 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations, au motif que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

E. Le 5 avril 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. A l'appui de cette demande, elle a notamment produit :

- un rapport du 19 février 2012 du Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel ce dernier a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, de

syndrome douloureux somatoforme persistant, d'agoraphobie avec attaques de panique et de trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique. Ce médecin expliquait que les modifications du comportement de sa patiente avaient largement contribué à la séparation d'avec son mari et aux problèmes de relations humaines de l'assurée. Il indiquait que ces dernières années, un traitement psychiatrique ambulatoire avait permis d'éviter une nouvelle hospitalisation, et cela également grâce au soutien important des proches de l'assurée. Selon le Dr B._____, il fallait à plus long terme trouver une autre solution pour soutenir le cadre ambulatoire pour sa patiente, en raison de la dépendance croissante de cette dernière à l'aide extérieure.

- un rapport du Dr D._____ du 29 décembre 2011, dans lequel ce dernier indiquait que l'état de santé de sa patiente s'aggravait. Il posait les diagnostics de troubles statiques importants avec mobilité limitée, de gonarthrose primaire bilatérale prédominante des compartiments internes et des compartiments fémoro-patellaires, de cervico-dorsolombalgies sur troubles dégénératifs, d'uncarthrose de C7, de bascule du bassin à gauche de 12-15 cm, de pincements postérieurs L5-S1, d'arthrose postérieure L5-S1, de nodule intra-spongieux du plateau inférieur de L1, de sacro-iliaques et coxofémorales déformées, de spondylose antérieure D5-D6 et D9-D10, de troubles neurovégétatifs divers, de diabète méllitus de type II, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (persécution, hallucinations auditives), de personnalité paranoïaque et de modification durable de la personnalité. Le Dr D._____ ajoutait qu'au vu des constatations cliniques et radiologiques et des divers problèmes liés aux pertes de connaissance, à l'aggravation et à la chronicisation des troubles, l'incapacité de travail était totale.

Dans un rapport du 4 septembre 2012, le Dr B._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, de suspicion de début de démence, de

syndrome douloureux somatoforme persistant, d'agoraphobie avec attaques de panique et de trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique. Ce médecin indiquait notamment que du point de vue des proches de sa patiente, il devenait toujours plus difficile de s'occuper de cette dernière à domicile. Il était d'avis qu'une hospitalisation paraissait inéluctable afin de déterminer de manière complète l'état de santé psychique de l'assurée qui allait en se dégradant.

L'OAI a sollicité la [...] afin de réaliser une expertise. Dans leur rapport du 17 décembre 2013, les Drs W._____, spécialiste en médecine interne générale, R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et en médecine du travail, et G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics avec influence sur la capacité de travail d'état dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32) et de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4). Les diagnostics sans influence sur la capacité de travail étaient des troubles dégénératifs du rachis compatibles avec une évolution naturelle et l'âge de l'expertisée ainsi qu'une gonarthrose primaire bilatérale. Il ressort notamment de la consultation de psychiatrie, réalisée par le Dr G._____, les éléments suivants :

« Madame Z._____ est une femme de [...] ans, ...][...] d'origine, divorcée et mère de deux fils, établie en Suisse depuis [...]. Madame Z._____ a occupé plusieurs postes de sommelière, le dernier à [...] à ...][...], poste dont elle est licenciée en 2001. La même année elle perd sa mère et depuis lors il n'y a plus eu de reprise de travail. Une première demande de rente est déposée en septembre 2002, invoquant des douleurs multiples et un état dépressif. Le médecin traitant de l'époque, la Doctoresse [...], demande une prise en charge au ...][...]. Un rapport des Docteurs H._____ et V._____, psychiatres au ...][...], réalisé en mai 2002, constate un épisode dépressif moyen, un syndrome somatoforme douloureux ainsi qu'une expression de la souffrance passant exclusivement par la voie somatique, ce qui rendait illusoire, selon eux, une prise en charge psychiatrique. Le médecin traitant et le rhumatologue estimaient une incapacité de travail totale, cependant un examen du SMR avance des conclusions inverses. Cet examen est réalisé par les Docteurs K._____ et Q._____ en 2004, il conclut à « un phénomène grave » de régression, une « présentation clinique qui rend l'expertisée clairement inapte à toute activité ». Cependant pour les experts cet état de fait est « d'ordre psychosocial », selon leurs termes, et ne ressortirait donc pas du domaine médical et donc pas non plus de l'AI. Les experts avancent une hypothèse psychologique pour expliquer la régression qui serait, toujours selon eux, une « porte de sortie honorable » d'un supposé échec de

l'intégration. Fort de cette hypothèse qui rend à leurs yeux l'expertisée coupable de « ne pas vouloir guérir », les experts proposent le refus de rente. Les médecins du SMR ne retiennent donc pas de diagnostic justifiant à leurs yeux l'allocation de prestations. Madame Z. _____ s'oppose à ce refus de rente, l'opposition est rejetée mais entre-temps l'expertisée est hospitalisée à la [...] pendant plusieurs semaines, clinique où l'on retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, trouble somatoforme douloureux et trouble panique avec agoraphobie. Le Tribunal Cantonal finalement sollicité rejette le recours de l'expertisée par un jugement rendu le 16.09.2009.

Une nouvelle demande, appuyée par le nouveau médecin traitant, le Docteur D. _____, est déposée en juin 2010. Cette demande est rejetée malgré des rapports envoyés par les médecins traitants et le médecin psychiatre traitant du moment, la Doctoresse S. _____, qui atteste une incapacité de travail à 100%. Madame Z. _____ est à nouveau suivie par le Docteur B. _____, qui pose le diagnostic en fin 2012 de trouble dépressif récurrent, de syndrome somatoforme douloureux et de trouble panique avec agoraphobie. Finalement, l'OAI propose de réévaluer la situation au travers d'une expertise pluridisciplinaire avec volet rhumatologique, psychiatrique et également neuropsychologique, le Docteur B. _____ ayant suspecté une évolution pré-déméntielle.

Eléments anamnestiques

L'anamnèse est difficile à prendre auprès de l'expertisée, elle sera complétée par des éléments du dossier, ainsi que par la contribution du petit-fils de l'expertisée.

Madame Z. _____ est née en [...], d'une fratrie de quatre filles, issue d'un milieu modeste avec des parents agriculteurs. L'enfance est décrite comme sans particularité, avec une scolarité minimale et une contribution assez vite demandée aux travaux de la ferme. Madame Z. _____ se marie jeune avec un homme de la région, le couple aura deux fils nés en [...]. En [...], l'expertisée vient en Suisse avec son mari et ses enfants et là elle effectuera plusieurs emplois de manutentionnaire puis de sommelière dans divers établissements.

En 1992, Madame Z. _____ perd sa mère, décédée de maladie en [...], et peu après elle est licenciée de [...], établissement où elle travaillait depuis peu. Madame Z. _____ se plaignait déjà depuis 1986 environ de douleurs aux jambes, qui s'aggravent à ce moment et qui s'accompagnent depuis 1992 d'un état dépressif ainsi que d'une régression déjà importante. Malgré les suivis médicaux et psychiatriques, l'état général s'aggrave, ce qui motive la 2^{ème} demande de prestations faite à l'AI après refus, opposition et recours rejeté par le Tribunal Cantonal à propos de la 1^{ère} demande.

Sur le plan psychiatrique, nous notons que l'expertisée se fait suivre depuis 2006 par le Docteur T. _____, avec lequel elle parle apparemment le français. Ce médecin la fait hospitaliser pendant quelques semaines à la [...] en 2006 et les divers intervenants retiennent les diagnostics de dépression moyenne à sévère, de trouble somatoforme douloureux. Le suivi chez Docteur T. _____ se

fait jusqu'en 2010, l'expertisée a été vue à quelques reprises par la Doctoresse S._____ à Lausanne en 2010 et 2011, puis elle est à nouveau suivie pendant un certain temps par le Docteur B._____ qui a repris la consultation du Docteur T._____. En 2008, le mari de l'expertisée quitte le domicile conjugal **et c'est le petit-fils de l'expertisée, qu'elle a élevé, qui habite avec elle et s'en occupe 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, aidé également par son épouse, qui est très présente et qui assiste l'expertisée pour sa toilette et toutes les tâches du quotidien.**

Peu avant l'entretien, l'expertisée était hospitalisée 3 semaines dans [...] pour l'investigation de vertiges et de chutes à domicile. Le psychiatre consultant de la [...], le Docteur [...], a beaucoup soutenu, en vain, le projet d'une hospitalisation à [...] afin d'affiner l'évaluation et d'aller plus avant dans le diagnostic différentiel entre une évolution dépressive grave versus un processus démentiel. La famille s'est opposée à cette hospitalisation.

Status

L'entretien se déroule avec l'aide d'une interprète. Il s'agit d'une femme de [...] ans faisant plus que son âge, à l'hygiène conservée et un habillement relâché. Elle est obèse et se déplace difficilement très appuyée en avant sur deux cannes anglaises. L'expertisée est prostrée et immobile dans la salle d'attente, le faciès figé, triste et apparemment hostile. Face à l'expert, Madame Z._____ examine les murs, les plafonds, les portes et n'écoute que peu les questions. Elle déclare entendre du bruit et elle s'interroge sur la provenance de ces bruits et même d'une voix qu'elle entend et qui, selon elle, l'appelle par son prénom. L'attention est progressivement plus relâchée au cours de l'entretien. Il y a un grand temps de latence avant les réponses, parfois même un silence et un oubli de la question. On observe des moments de quasi stupeur. Il y a au début de l'entretien une fausse reconnaissance à l'égard de l'expert. Le discours est très peu informatif, répond laconiquement ou parfois à côté. Il y a rarement des phrases complètes.

Hormis les douleurs et dans le cadre d'une expression réduite, il y a peu de plaintes d'ordre psychologique. L'expertisée signale suite aux questions de la tristesse, de la peur, des troubles du sommeil. Elle a peur des gens qu'elle pourrait croiser dehors, elle a peur d'être agressée chez elle.

L'entourage immédiat confirme l'état d'apragmatisme complet de l'expertisée dont la seule activité indépendante est celle de manger. Le petit-fils dit ne pas quitter l'expertisée, ne serait-ce qu'une minute. Une infirmière à domicile passe une fois par semaine pour gérer la médication et un projet d'aide familiale est en route, soutenu par le médecin traitant.

Diagnostics (CIM-10)

- Etat dépressif sévère avec symptômes psychotiques. F32 2
- Syndrome somatoforme douloureux F45 4

Discussion

L'état clinique et les constatations des intervenants rassemblent les critères pour un état dépressif sévère, comme cela avait déjà été constaté par le consilium psychiatrique fait au [...] en 2002. On retrouve une expertisée dont l'état d'aboulie et d'apraxie a figé autour d'elle un réseau familial et médical qui s'avère impuissant à mobiliser des capacités adaptatives inexistantes. Les plaintes psychologiques sont mal systématisées, peu exprimées verbalement mais présentes parfois de manière démonstrative. Ce style d'expression souffre sans doute d'une organisation de la personnalité de type hystérisée qui peut engendrer chez l'interlocuteur un agacement et de la peine à « croire » à une véritable souffrance. Ce contact particulier a été relevé par les deux médecins du SMR qui ont fait le premier rapport en 2004.

[...]

En tout état de cause, nous nous trouvons actuellement en présence en effet d'un état de régression avancé qui s'est aggravé depuis environ 2009. L'état d'apraxie et d'extrême dépendance est entraîné par un état dépressif chronique sévère, accompagné de probables éléments psychotiques. Un diagnostic différentiel de processus pré-démontiel a été évoqué au [...] lors de la dernière hospitalisation en octobre-novembre 2013, une évaluation neuropsychologique va cependant être difficile à réaliser en raison de la barrière de la langue et de l'apraxie de l'expertisée. La capacité de travail est nulle et peu susceptible d'évoluer. »

Il ressort en outre les éléments suivants du consilium neuropsychologique d' [...], psychologue :

« Patient de [...] ans, droitier, d'origine [...], ayant une relative bonne compréhension du français mais une maîtrise très approximative en expression, scolarisée jusqu'à l'âge de 12 ans (selon votre rapport, la patiente nous dit ne pas savoir), sans formation professionnelle, ayant par la suite travaillé dans l'agriculture, émigré en Suisse en [...] où elle occupe divers postes subalternes, notamment dans le domaine de la restauration jusqu'à son licenciement le [...] 2001. Il semblerait que 6 mois plus tard l'état psychique se détériore avec émergence d'un état dépressif, puis plus tard d'idées de persécution (crainte d'être tuée en pleine rue).

Un examen SMR effectué le 16.12.2004 évoquait « un processus d'invalidation réactionnelle à l'immigration et à une intégration quasi inexistante ». Le pronostic était alors décrit comme catastrophique avec une régression progressant à une « vitesse impressionnante ». Les diagnostics retenus étaient notamment troubles somatoformes douloureux persistants, gonarthrose primaire bilatérale débutante, cervico-dorso-lombalgies débutantes, hypothyroïdie substituée et épisode dépressif moyen.

Du 7 au 24 octobre 2013, Madame Z. _____ est hospitalisée au [...] suite à l'apparition de vertiges dont l'origine retenue est médicamenteuse. La rubrique « motif de recours » mentionne une aphasie, une dysphasie et une amnésie notamment chez une patiente orientée à l'entrée, puis désorientée « bien que de façon très fluctuante ».

Dans ce contexte, une IRM cérébrale pratiquée le 09.10 2013 est normale.

Vous décrivez une patiente dans un état stuporeux douloureux (touchant le dos, les épaules, la nuque, la tête, les hanches et les genoux), associé à une baisse du moral et une impression d'étouffement

Madame Z. _____ vit avec son petit-fils et la femme de ce dernier qui la seconde pour toutes les activités de la vie quotidienne

Vous nous l'adressez pour une évaluation neuropsychologique.

Examen neuropsychologie du 6 novembre 2013 (effectué à l'aide d'une interprète)

Patiente se présentant ponctuellement accompagnée par son petit-fils. Les possibilités de collaboration sont très réduites.

Elle est désorientée dans le temps (évoque dimanche, Noël 2010), dans l'espace et sur sa personne (ignore son âge, sa date de naissance, son adresse), frappe par un ralentissement psychomoteur et idéatoire très massif, mais sans somnolence, une quasi absence de contact oculaire et une mimique triste sans pleurs.

Elle manifeste également des comportements méfiants en se retournant régulièrement sur sa chaise, affirmant entendre des « bruits de gens et de la musique très fort ».

Elle rapporte également des hallucinations visuelles et auditives au cours desquelles des hommes barbus et drogués voudraient la tuer, raisons pour lesquelles elle se cache sous les tables à domicile.

Les plaintes concernent les douleurs « partout », des oublis apparus depuis 6 à 7 ans allant en s'aggravant, touchant la mémoire rétrograde personnelle à tel point qu'elle n'aurait plus aucun souvenir de sa vie antérieure.

D'après l'interprète, Madame Z. _____ comprend et s'exprime correctement dans sa langue maternelle. En fin d'examen seulement, nous constatons qu'elle comprend relativement bien le français et qu'elle peut s'exprimer dans cette langue, bien que de manière approximative, mais toutefois fonctionnelle.

Une épreuve de dénomination obtient des scores insuffisants.

L'écriture du nom et dictée de lettres comporte des erreurs (1/5 bonnes réponses)

En calcul mental $1 + 1$ obtient une réponse correcte, $2 + 2$; $1 + 2$ obtiennent des réponses erronées.

Une série automatique (compter de 1 à 11) est incorrecte.

Les praxies constructives même sur construction avec bâtonnets sont échouées. L'interprétation des praxies idéo-motrices n'est pas possible face à des ébauches de gestes mal spatialisés. Idem pour la reproduction de gestes sans signification.

En reconnaissance visuelle, aucune réponse n'est obtenue à une épreuve de discrimination d'images superposées.

La dénomination de couleurs n'obtient que 1/5 bonne réponse et la discrimination droite gauche est erronée sur l'examineur et le corps propre.

En mémoire, l'empan verbal est de un élément, l'empan visuo-spatial de 2 éléments.

Le rappel du nom de l'examinatrice est impossible après 3 essais. Une épreuve effectuée en choix forcé et sur un matériel non verbal met en évidence des performances sévèrement insuffisantes dont la probabilité d'apparition par hasard d'un tel score est inférieure à 6 % ce qui ne nous permet pas d'exclure un biais vers une mauvaise réponse.

Sur le plan exécutif, rappelons le ralentissement massif et le manque d'incitation. Par ailleurs la fluence verbale en condition catégorielle est sévèrement déficitaire (2 animaux évoqués en 1 minute) les séquences gestuelles et la coordination réciproque de gestes sont échouées.

Nous ne relevons pas de comportement d'imitation ni réflexe palmo-mentonnier.

Conclusion

Cet examen neuropsychologique met en évidence un tableau globalement effondré, parallèlement à l'état psychique. Dans ce contexte et avec des phénomènes hallucinatoires possiblement associés en cours d'examen, elle n'est pas en mesure de mobiliser ses ressources cognitives.

A noter que Madame Z. _____ ne présente pas d'aphasie ni de dysphasie. Nous ne pouvons exclure que cette patiente soit illettrée.

DC : Effondrement du tableau cognitif dans un contexte de troubles psychiques. »

Les experts ont également écrit ceci sous la partie « Appréciation du cas » :

« Madame Z. _____, [...] ans, d'origine [...], divorcée et mère de deux fils, établie en Suisse depuis [...], a occupé plusieurs postes de serveuse dont le dernier à [...], à [...]. Elle a été licenciée en 2001.

Une 1^{ère} demande AI a été déposée en septembre 2002 au motif de douleurs multiples et d'un état dépressif et refusée le 22.12.2004 suite à une expertise SMR bidisciplinaire qui ne retenait pas de diminution de la capacité de travail pour raisons médicales.

Madame Z. _____ recourt contre cette décision, recours qui est rejeté par le Tribunal Cantonal le 16.09.2009. Une 2^{ème} demande de prestations AI est déposée en juin 2010, à nouveau rejetée par l'OAI.

Fin 2012, le psychiatre traitant annonce un trouble dépressif récurrent, un syndrome somatoforme douloureux avec trouble panique et agoraphobie et suspecte une évolution pré-déméntielle.

Dans ce contexte, l'Office AI est d'accord de réévaluer la situation et propose une expertise pluridisciplinaire avec volet rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique.

Signalons que durant l'expertise, entre les différents consiliums, Madame Z. _____ a dû être hospitalisée au [...] dans le service de neurologie durant 3 semaines au mois d'octobre 2013 suite à l'apparition de vertiges et de désorientation. Une origine médicamenteuse a été retenue et une hospitalisation proposée à [...] afin d'affiner l'évaluation, une évolution dépressive grave versus un processus démentiel étant évoqués La famille s'est opposée à cette hospitalisation.

Sur le plan rhumatologique, Madame Z. _____ se plaint depuis les années 90 de douleurs ostéo-articulaires multiples qui se sont aggravées en 2002. Un bilan rhumatologique avait à l'époque exclu une étiologie somatique à l'origine des plaintes. En 2004, des IRM des deux genoux mettent en évidence la présence d'une gonarthrose primaire bilatérale débutante.

Sur une IRM lombaire du mois d'août 2012 sont décrits une hernie discale luxée inférieure postéro-médiane L2-L5, une protrusion discale postéro-médiane légèrement sténosante en L4-L5 et un remaniement spondylo-arthrosique en L5-S1 avec une arthrose interfaccettaire de L2 L5.

Actuellement, Madame Z. _____ est très floue dans la description de ses plaintes, qui sont généralisées quasiment à l'ensemble du corps. L'examen clinique est peu contributif en raison notamment de contrepulsions et d'un comportement douloureux.

Certes, les examens radiologiques mettent en évidence des troubles dégénératifs au niveau des genoux et à la colonne lombaire mais ces derniers n'expliquent pas l'ensemble ni l'intensité de la symptomatologie douloureuse ni les répercussions qu'elles entraînent dans les activités quotidiennes. Les troubles dégénératifs sont compatibles avec une évolution naturelle et ne justifient pas de limitation fonctionnelle dans l'activité de sommière-serveuse.

Sur le plan psychiatrique, un trouble dépressif avait déjà été relevé en 2002 au [...]. Lors d'une expertise bidisciplinaire au SMR en 2004, il est décrit un phénomène grave de régression et une présentation clinique qui rend l'expertisée clairement inapte à toute activité. Pour les experts, cet état de fait est d'ordre psychosocial et ne ressortirait donc pas du domaine médical, donc pas de l'AI. Les critiques qui s'imposent face à cette première évaluation sont discutées en détails dans le consilium de psychiatrie.

Après cette expertise, la situation psychique s'est aggravée, nécessitant en 2006 une hospitalisation pour un état dépressif moyen à sévère. Depuis lors, Madame Z._____ bénéficie d'un suivi psychiatrique. **En 2008, suite au départ du mari du domicile conjugal, Madame Z._____ présente un effondrement psychique, son petit-fils et son épouse étant sollicités 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 pour toutes les tâches de la vie quotidienne.**

Actuellement, les plaintes psychologiques sont mal systématisées, peu exprimées verbalement mais présentes parfois de manière démonstrative. A l'examen clinique, l'assurée déclare entendre du bruit, des voix, il existe des temps de latence avant les réponses, oublis de la question. On observe des moments de quasi stupeur. **Le discours est très peu informatif, laconique. Le petit-fils confirme l'état d'apraxisme complet de l'expertisée. Une infirmière à domicile doit passer une fois par semaine pour gérer la médication et un projet d'aide familiale est mis en route, soutenu par le médecin traitant.**

Cet examen clinique psychiatrique a été complété par une évaluation neuropsychologique avec une collaboration très réduite. Cet examen met en évidence un effondrement du tableau cognitif à mettre en lien avec l'état psychique.

Ces constatations permettent de retenir le diagnostic d'un état dépressif sévère. Nous nous trouvons actuellement en effet en présence d'un état de régression avancé qui s'est aggravé depuis 2009. L'état d'apraxisme et d'extrême dépendance est accompagné de probables éléments psychotiques. Malgré une prise en charge médicale intensive avec un réseau familial complètement dévoué, Madame Z._____ présente un effondrement complet avec des capacités adaptatives inexistantes. Un état démentiel débutant ne peut être totalement exclu et reste difficile à évaluer dans le contexte actuel.

Par ailleurs, en présence de douleurs intenses, généralisées, qui ne peuvent être expliquées par les affections rhumatologiques, nous retenons aussi, comme les médecins traitants et les médecins experts précédents, le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux. Le syndrome douloureux est clairement au second plan quant à la capacité de travail, même si celui-ci est de degré sévère et présente toutes les caractéristiques de gravité selon la jurisprudence (processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, échec des traitements, état psychique cristallisé et bien sûr comorbidité psychiatrique au premier plan).

Au terme de notre colloque de synthèse, nous avons retenu une incapacité de travail totale dans toute activité essentiellement en raison de l'état dépressif majeur et de l'état de régression complet dans lequel se trouve Madame Z._____. Cet état de régression s'est aggravé depuis 2009 et nous retenons une incapacité de travail complète depuis lors. »

Les experts considéraient que la capacité de travail de l'assurée était de 0 %, tant dans l'activité exercée avant l'atteinte à la santé que dans une activité adaptée. Ils ajoutaient qu'un effondrement psychique massif avec mobilisation de l'entourage avait eu lieu en 2008-2009 et qu'ils pouvaient retenir une incapacité de travail totale depuis en tout cas 2009. Le pronostic était qualifié d'extrêmement sombre en raison du délabrement physique constaté, l'assurée n'arrivant plus à mobiliser ses ressources adaptatives. Selon eux, la capacité de travail de cette dernière ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales, l'intéressée bénéficiant déjà d'un suivi médical optimal avec en plus une visite hebdomadaire d'une infirmière à domicile. Les limitations dues à l'atteinte à la santé étaient la capacité d'apprendre en raison de l'effondrement du tableau cognitif ainsi qu'une aboulie, un apragmatisme et des hallucinations.

F. Le 16 janvier 2014, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent, indiquant notamment qu'elle avait besoin d'aide pour se vêtir, se dévêtir, se lever, s'asseoir, se coucher, couper sa nourriture, faire sa toilette et les soins du corps, aller aux toilettes et se déplacer. Elle nécessitait en outre des soins permanents, une surveillance personnelle et un accompagnement pour tous les actes de la vie quotidienne.

Dans un rapport du 20 février 2014, les Drs X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M._____, spécialiste en neurologie, du [...] ont posé le diagnostic principal de syndrome psychoaffectif avec des éléments psychotiques possibles. Sous le point « Problèmes et attitude », ces médecins écrivaient ce qui suit :

« L'hétéro-anamnèse, l'examen clinique et les examens cognitifs de dépistage suggèrent un syndrome affectif avec des éléments psychotiques au premier plan ; l'évaluation est très difficile au vu de l'ampleur des troubles psychiatriques chez une patiente peu collaborante, apathique, ralentie, désorientée dans le temps et partiellement dans l'espace. L'examen neurologique est également très limité en raison surtout d'un manque de collaboration et d'une hypersensibilité au toucher ; cependant, il n'a pas été observé de déficit franc (pas de syndrome extra-pyramidal, ni des signes corticospinaux) suggérant une pathologie sous-jacente. Sur le plan

cognitif, nous gardons pour le moment le diagnostic d'un syndrome psychiatrique avec une composante affective et une composante délirante avec des traits psychotiques possible.

En l'absence de déficit neurologique franc nous proposons une prise en charge psychiatrique avec les investigations nécessaires dans un premier temps. Une fois que la situation est stabilisée sur le plan psychiatrique, une investigation neurocognitive plus approfondie avec un examen neuropsychologique détaillé pour quantifier la sévérité des troubles de la patiente pourrait être envisagée dans un deuxième temps.

Entre temps, au vue qu'une cause organique (dysfonction thyroïdienne? composante nutritionnelle par carence vitaminique? Infection chronique ?) de ce tableau clinique n'est pas exclue nous suggérons de compléter le prochain bilan biologique avec un dosage des vitamines du groupe B (B6 et B12), de l'acide folique et de sérologies pour la maladie de Lyme, syphilis et VIH à la recherche d'une piste infectieuse. »

Le 26 février 2014, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin du SMR, a fait suite au rapport du 17 décembre 2013 susmentionné, relevant que les experts laissaient entendre une totale dépendance de l'assurée pour tous les actes de la vie, l'aide étant assurée en tout temps (24 heures sur 24) par le petit-fils et son épouse.

Sollicité par l'OAI, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rédigé le 28 juillet 2014 un rapport en ces termes :

« Documents psychiatriques

- **Examen clinique SMR du 16.12.2004, Dr Q._____**

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

Episode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11

Trouble somatoforme douloureux persistant F45.4

STATUS :

« *Ne se mobilise qu'avec l'aide de son mari qui la porte* »

« *Réaction de crainte* »

« *L'attitude est totalement régressée* »

« *Montre un désintérêt total à toute stimulation extérieure* »

La dépression est consécutive à l'apparition des douleurs.

Commentaire : aucun diagnostic psychiatrique incapacitant.

- **Consultation de psychiatrie du 05.11.2013, Dr**

G. _____
Diagnostics

Etat dépressif sévère avec symptômes psychotiques F32.2
Syndrome somatoforme douloureux F45.4

STATUS :

*Le faciès est « triste et apparemment hostile ».
« Il y a peu de plaintes d'ordre psychologique ».*

Etat de régression, apragmatisme, dépendance, état dépressif chronique sévère, « accompagné de probables éléments psychotiques ».

Commentaire : la sévérité de l'état dépressif n'apparaît pas dans le status.

Dans la discussion, le Dr G. _____ critique les hypothèses et la contre-attitude de ses confrères, pas les faits médicaux objectifs. Il s'agit d'une interprétation différente de faits comparables.

- Consilium neuropsychologique du 06.11.2013, Mme [...]

Diagnostic

Effondrement du tableau cognitif dans un contexte de troubles psychiques

*« Des phénomènes hallucinatoires possiblement associés en cours d'examen»
« Nous ne pouvons exclure que cette patiente soit illettrée »*

Commentaire : les troubles psychiques ne font pas l'objet d'un diagnostic.

- Consultation spécialisée de la mémoire du 17.12.2013, Dr X. _____, Drsse M. _____

Diagnostic

Syndrome psychoaffectif avec des éléments psychotiques possibles

« Pas des hallucinations visuelles ni auditifs (sic) lors de la consultation »

Commentaire : l'absence d'éléments psychotiques est objectivée par la consultation.

Commentaire final : au point de vue psychiatrique, les diagnostics posés correspondent à une aggravation, puisqu'on passe d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique à un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

Mais la comparaison des status et les appréciations du cas n'objectivent pas l'aggravation des symptômes dépressifs ni la présence de symptômes psychotiques.

L'état thymique de l'assurée ne s'est pas aggravé objectivement. »

Dans un avis médical du 30 juillet 2014, le Dr I._____ a considéré que l'on pouvait conclure à l'absence d'aggravation objective de l'état de santé. Il ajoutait que, dans ces conditions, l'AI ne pouvait entrer en matière pour la demande d'allocation pour impotent, puisque la symptomatologie nécessitant la demande d'aide pour les actes de la vie quotidienne s'inscrivait dans le cadre de troubles psychiatriques qui n'étaient pas reconnus comme incapacitants.

Dans un projet de décision du 8 octobre 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de reclassement et de rente. L'autorité expliquait que les investigations médicales entreprises avaient permis d'établir que la capacité de travail était toujours totale dans une activité adaptée sédentaire ou semi-sédentaire, par exemple dans l'industrie légère, respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de position statique assise ou debout prolongée, pas de port de charge au-delà de 10 kg et pas de travail en porte-à-faux.

Par envois des 11 et 13 novembre 2014, l'assurée a contesté ce projet.

Dans un rapport du 20 janvier 2015, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a écrit ceci au conseil de l'assurée :

« Dans le cadre d'un projet de décision AI concernant Madame Z._____, vous me demandez, dans votre lettre du 13.01.2015, si je dispose d'éléments médicaux objectifs pouvant contredire l'avis du SMR (Dr. C._____) et appuyer celui de l'expert. A cela je peux vous répondre comme suit :

Madame Z._____ est venue en consultation dans mon cabinet dès le 07.11.2013. Jusqu'à présent, ses consultations étaient espacées en raison d'une séance tous les deux mois. Depuis que sa demande de rente AI a été rejetée, l'intervalle entre les consultations a diminué, les consultations ont doublé. Madame Z._____ vient maintenant en raison d'une fois par mois. Elle est toujours ponctuelle à nos rendez-vous et vient accompagnée de son mari.

Concernant son état psychique, on ne peut que constater que la patiente n'a pas ses capacités à travailler dans le marché libre. Je connais cette patiente depuis maintenant une année et je peux constater que, d'un point de vue strictement psychiatrique, elle présente une symptomatologie dépressive, accompagnée d'une

symptomatologie psychotique. Son état psychique est grave et handicapant, ce qui rend impossible toute activité professionnelle, même pour les AVQ journalier. En ce qui concerne ces activités journalières, la patiente présente des difficultés à se vêtir et à se dévêtir, à prendre soin d'elle-même (par exemple, pour se doucher).

Le rapport d'expertise du 17.12.2013, de la [...], met clairement en évidence les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail (F32.2, épisode dépressif sévère, avec symptôme psychotique ; F45.4, Syndrome douloureux somatoforme persistant). Les différents et nombreux spécialistes de la santé qui ont établi cette expertise estiment que la capacité de travail de Madame Z. _____ est nulle.

Il ne s'agit pas d'une interprétation différente d'une même maladie, comme estime le Dr. C. _____ dans l'avis médical du 27.07.2014, il s'agit ni plus ni moins de la constatation de l'état psychique de la patiente. Avant, la pathologie de Madame Z. _____ n'avait pas d'influence sur sa capacité de travail. Mais maintenant, son état de santé s'est aggravé à tel point qu'elle est incapable de travailler, même dans une activité professionnelle adaptée, et qu'elle ne sera sûrement jamais apte à travailler à nouveau dans le marché libre. »

Dans son avis médical du 25 mars 2015, le Dr I. _____ a considéré, se fondant sur l'appréciation du Dr C. _____, qu'il n'y avait pas d'aggravation objective démontrée. Selon lui, c'était donc d'un point de vue médico-théorique une pleine capacité de travail qu'il fallait retenir en toute activité adaptée à la gonarthrose bilatérale débutante et aux cervico-dorso-lombalgies dans le cadre de troubles dégénératifs débutants.

Par décision du 10 avril 2015, l'OAI a rejeté la demande de reclassement et de rente de l'assurée, pour les motifs évoqués dans son projet de décision du 8 octobre 2014.

Par projet de décision du 30 avril 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une allocation pour impotent. Par courrier 8 mai 2015, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposée à ce projet, estimant qu'elle était totalement impotente.

Par décision du 21 juillet 2016, rendue dans la cause Al 120/15-199/2016, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a réformé la décision du 10 avril 2015 et reconnu le droit de la recourante à

une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2014. Les juges ont admis le caractère invalidant du diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant. Ils ont également retenu que l'atteinte à la santé se manifestait aussi bien dans le cadre des tâches habituelles de la recourante que dans les autres domaines de la vie. Ils ont considéré qu'au quotidien, la recourante nécessitait une aide et une présence constante, que les actes de la vie quotidienne étaient effectués avec l'aide de son petit-fils et de l'épouse de celui-ci, que, lorsqu'elle se déplaçait hors de chez elle, la recourante était confrontée à une problématique de persécution (elle avait peur d'être tuée en pleine rue), qu'elle devait toujours être accompagnée par un proche et que son activité sociale se limitait aux interactions avec quelques membres de sa famille, soit son petit-fils et l'épouse de celui-ci et, de temps à autre, ses enfants.

G. Suite à l'arrêt susmentionné, l'OAI a repris l'instruction du dossier relativement à l'allocation pour impotent.

Le 14 septembre 2016, une enquête relative à l'impotence a été effectuée au domicile de l'assurée. Dans un rapport daté du 21 septembre 2016, l'enquêtrice a retenu que l'assurée présentait, depuis 2009 (2010 pour l'acte de manger), un besoin d'aide directe ou indirecte, de façon importante et régulière, d'un tiers pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne, ainsi que pour des soins permanents. Il ressort de ce compte-rendu que l'assurée requiert une aide constante et/ou des encouragements de ses proches pour effectuer chaque geste du quotidien. Concernant l'acte de manger, l'enquêtrice a retenu ce qui suit :

« 4.1.3 Manger

- Apporter les aliments au lit [...]

Sur le questionnaire complété en 12.13 ce point d'aide n'est pas signalé.

Depuis 2010, arrivée chez son petit-fils, la situation est décrite comme aggravée. Ce dernier ne sait pas pourquoi l'aide n'a pas été notée sur le questionnaire.

L'assurée environ 2x/sem. prend ses repas au lit malgré les multiples tentatives pour que cette dernière vienne prendre ses repas à la table familiale. Ceci en lien avec le cumul des limitations physiques et psychiques.

- Couper les aliments

[...]

Sur le questionnaire, ce point d'aide est signalé : aide pour couper la viande et certains aliments durs.

Le jour de l'entretien, il est précisé : aide directe à couper les aliments durs. pas régulier et important

- Porter les aliments à la bouche

[...]

Sur le questionnaire complété en 12.2013, ce point d'aide n'est pas signalé.

Le jour de l'entretien, il est précisé : stimulation verbale. Il faut inciter l'assurée à saisir ses couverts, saisir les aliments et les porter en bouche. Sans incitations verbales répétées l'intéressée reste sans réaction devant son assiette, s'arrête sans cesse en cours de repas.

Depuis 2010, arrivée chez son petit-fils, la situation est décrite comme aggravée. Ce dernier ne sait pas pourquoi l'aide n'a pas été notée sur le questionnaire.

Lorsque l'assurée mange dans son lit : plusieurs passages de la famille sont indispensables pour stimuler Madame Z._____ à prendre son repas et s'assurer de l'intégration des consignes.

[...] »

Une notice d'entretien du 29 novembre 2016 rend compte d'une rencontre survenue le même jour entre l'assurée, son petit-fils, P._____, et un gestionnaire de l'OAI. Il en ressort que l'assurée était incapable de s'exprimer et que la discussion n'a pu être menée que par M. P._____. Il a indiqué que sa grand-mère souffrait énormément, n'était plus stimulée ni motivée à stabiliser son état de santé. Il a en particulier déclaré que l'aspect psychologique de ses difficultés s'était aggravé, l'assurée se refermant sur elle-même, désirant rester chez elle, ne voulant plus sortir, ne coopérant plus du tout, restant allongée à longueur de journée et ne désirant même plus se lever pour se nourrir. Il a indiqué que sa femme - qui s'en occupe principalement - et lui-même lui allumaient la télévision mais que l'assurée ne faisait même plus l'effort de la regarder. Il a relevé que l'assurée avait cessé de parler et qu'elle avait perdu la maîtrise du français.

Par avis médical du 17 mai 2017, la Dresse N._____, du SMR, a notamment relevé ce qui suit :

« De [l'expertise du SMR], il ressort que l'assurée présente un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques ; l'expert observe qu'elle semble entendre des voix, des moments de quasi stupeurs et un état d'apragmatisme complet ; l'assurée est dépendante pour toutes les activités de la vie quotidienne hormis manger. L'aggravation sur le plan psychique remonte à 2009, suite à l'effondrement psychique de l'assurée avec le départ de son mari du domicile conjugal en 2008.

Conclusion : le besoin d'aide tel que décrit dans l'enquête d'impotence est vraisemblable, en lien avec l'atteinte psychiatrique extrêmement sévère de cette assurée. Les dates retenues par l'enquêtrice sont cohérentes avec les éléments anamnestiques de l'expertise du 17.12.2013 ».

Dans un projet de décision du 29 mai 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui reconnaître un droit à une allocation pour impotent de degré moyen. Il a considéré que l'assurée présentait, depuis décembre 2009, un besoin d'aide pour les actes de se vêtir/se dévêtir, se lever/s'asseoir/se coucher, faire sa toilette, aller aux toilettes, de déplacer/entretenir des contacts sociaux, mais n'a retenu aucun besoin pour l'acte de manger.

Le 3 juillet 2017, sous la plume de son mandataire, l'assurée s'est opposée au projet susmentionné, demandant l'octroi d'une allocation pour impotent de degré grave. Elle a fait valoir qu'elle nécessitait l'aide directe et indirecte d'un tiers, de façon régulière et importante, pour les six actes de la vie quotidienne, pour les soins permanents ainsi que pour faire face aux nécessités de la vie.

Par courrier du 29 août 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter ses objections. Il a relevé que le rapport d'expertise médical pluridisciplinaire du 17 décembre 2013 retenait que « l'entourage immédiat confirme l'état d'apragmatisme complet de l'expertisée, dont la seule activité indépendante est celle de manger » et a conclu qu'il n'était pas question d'un repas apporté au lit en raison de l'état de santé - objectivement considéré - de l'assurée. Il a également considéré que la demande d'allocation pour impotent faisait état d'une aide pour couper la viande et certains aliments durs, aide qui, lors de l'enquête, ne s'était révélée ni régulière ni importante.

Par décision du 7 septembre 2017, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité.

Par décision du 8 novembre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision tendant à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen.

H. Par acte du 11 décembre 2017, Z._____, sous la plume de son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 8 novembre 2017, concluant principalement implicitement à sa réforme en ce sens qu'une allocation pour impotent de degré grave lui soit accordée et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause devant l'Office pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a fait valoir qu'elle dépendait entièrement de son petit-fils et de la femme de ce dernier pour tous les actes de la vie quotidienne, y compris pour l'acte de manger. A l'appui du recours, elle a produit une lettre datée du 26 novembre 2017 de P._____ et sa femme, aux termes de laquelle ils ont expliqué préparer et donner à manger à l'assurée trois fois par jours, sept jours par semaine. Ils ont précisé que si personne ne l'accompagnait dans cette activité, elle n'avait aucun désir et ne s'alimentait pas et que, même en capacité physique de manger, elle avait besoin de leur présence et de leur attention particulière. L'accompagnement lors de la prise alimentaire se concrétisait par l'aide à l'ingestion des aliments. M. P._____ et sa femme ont indiqué devoir dire à l'assurée de couper et manger la nourriture - à défaut de quoi celle-ci ne faisait rien - et qu'une fois le repas terminé, ils devaient l'accompagner se coucher. Ils ont précisé qu'il fallait sans cesse stimuler l'assurée et insister et qu'environ 60 % du temps, elle prenait ses repas au lit parce qu'elle n'avait pas envie de sortir de sa chambre.

Par réponse du 25 janvier 2018, l'Office a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 19 février 2018, la recourante a persisté dans ses précédents moyens et 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 porte sur le degré d'impotence de la recourante, singulièrement sur la prise en considération de l'acte de manger dans l'évaluation de son impotence. Il n'est au demeurant pas contesté que la recourante nécessite une assistance pour les cinq autres actes de la vie quotidienne, ainsi que pour les soins et l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

3. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave,

moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42^{bis} al. 5 est réservé (al. 3).

b) L'art. 37 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, en raison de son infirmité (let. c) ; de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec

son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

c) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts.

De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4).

d) Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 8011 CIIAI).

Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin

ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 8026 CIIAI).

e) L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8029 et 8030 CIIAI).

f) Selon le ch. 8018 CIIAI, il y a impotence lorsque la personne assurée ne peut pas se nourrir avec des aliments préparés normalement sans l'aide d'autrui. Un régime alimentaire (par exemple dans le cas de diabétiques) ne justifie pas un cas d'impotence. En revanche, impotence il y a lorsque la personne assurée peut certes manger seule mais ne peut pas couper ses aliments elle-même, lorsqu'elle ne peut manger que des aliments réduits en purée ou encore lorsqu'elle ne peut les porter à sa bouche qu'avec ses doigts (RCC 1981 p. 364). La nécessité de se faire accompagner pour se rendre à table ou quitter la table ou d'être aidé pour y prendre place ou se lever n'est pas significative puisqu'elle est déjà prise

en considération dans les actes ordinaires de la vie correspondants (se lever, s'asseoir, se coucher, se déplacer) (RCC 1983 p. 71). En revanche, il y a impotence lorsqu'il s'avère nécessaire d'apporter un des repas principaux au lit en raison de l'état de santé – objectivement considéré – de la personne assurée (RCC 1985 p. 408) (ch. 8019 CIIAI).

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

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

5. a) En l'espèce, il est constant que l'assurée a besoin d'une assistance pour les cinq actes de la vie quotidienne : se vêtir et se dévêtir, se lever, s'asseoir et se coucher, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts. Au surplus, l'intimé a considéré que la recourante n'avait pas besoin d'une aide régulière et importante pour manger. La recourante conteste cette appréciation.

b) L'intimé invoque l'avis médical du 17 mai 2017 du SMR et considère que ce rapport admettrait l'aptitude de la recourante à s'alimenter de manière indépendante. Ce document n'est cependant pas d'une grande clarté. En effet, aux termes de ce document, la Dresse N. _____ s'est bornée à relever que l'expertise du 17 décembre 2013 indiquait notamment que la seule activité indépendante de l'intéressée était de manger avant d'indiquer, dans un second temps, que le besoin d'aide tel que décrit dans les conclusions de l'enquête relative à l'impotence était vraisemblable. Or, ces conclusions tendaient à l'admission - entre autres - d'une impotence due à l'invalidité pour l'acte de manger. On ne saurait dès lors tirer la moindre conclusion de ce compte-rendu.

L'Office s'est également référé à l'expertise pluridisciplinaire du 17 décembre 2013 et à l'indication selon laquelle la « seule activité indépendante [de l'expertisée consiste à] manger ». A cet égard, il convient de relever que ce rapport fait à de nombreuses reprises référence aux difficultés importantes présentées par l'assurée pour se mobiliser. Ainsi, il est plusieurs fois indiqué que l'assurée n'est pas en mesure d'utiliser ses ressources cognitives, qu'elle présente un effondrement psychique, son petit-fils et son épouse étant sollicités 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour « toutes les tâches de la vie quotidienne ». L'examen neuropsychologique réalisé à l'époque avait mis en lumière un effondrement du tableau cognitif à mettre en lien avec l'état psychique. Les experts ont conclu à un état de régression avancé s'aggravant depuis 2009. Ils ont ainsi indiqué : « L'état d'apragmatisme et

d'extrême dépendance est accompagné de probables éléments psychotiques. Malgré une prise en charge médicale intensive avec un réseau familial complètement dévoué, [l'assurée] présente un effondrement complet avec des capacités adaptatives inexistantes. Un état démentiel débutant ne peut être totalement exclu et reste difficile à évaluer [...] ». Il ressort de ce qui précède que la réflexion selon laquelle l'assurée aurait pour seule activité indépendante celle de manger avait trait à l'acte mécanique de manger, la prise alimentaire étant réalisée sous surveillance et avec le concours des proches. C'est d'ailleurs ainsi que le Dr I. _____ du SMR l'avait compris puisque, dans un avis médical du 26 février 2014, il a indiqué que « les experts laiss[ai]ent entendre la totale dépendance de l'assurée pour tous les actes de la vie, l'aide étant assurée en tout temps (24 heures sur 24) par le petit-fils et son épouse ».

Cette aide à s'alimenter ressort également d'autres éléments au dossier, lesquels attestent de son existence. Ainsi, le rapport du 9 mars 2011 de la Dresse S. _____ relève la dépendance complète de l'assurée et le fait que celle-ci doit être perpétuellement sollicitée. De même, le rapport du 4 septembre 2012 du Dr B. _____ constate les difficultés de plus en plus importantes des proches de l'assurée à la garder à domicile. Le Dr. X. _____ a également noté les importantes limitations de l'assurée (cf. rapport du 20 février 2014 du Dr X. _____). Dans un rapport du 20 janvier 2015, le Dr F. _____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée rendait impossible toute activité de la vie quotidienne. Enfin, la Cour de céans avait également retenu, dans son arrêt du 21 juillet 2016, que l'assurée présentait des difficultés dans tous les domaines de la vie.

L'aide prodiguée à l'assurée est enfin et surtout décrite dans le rapport pour impotence du 21 septembre 2016. Aux termes de ce document, il est relevé que P. _____ et son épouse assistent l'assurée pour chacun de ses repas, tous les jours. A chaque fois, ils doivent solliciter l'assurée, soit l'encourager à saisir ses couverts, prendre les aliments et les porter en bouche. A défaut, celle-ci ne s'alimente pas. Le compte-rendu a également indiqué que l'assurée mange environ deux fois par semaine dans son lit car elle se sent trop mal pour en sortir. Dans une

telle situation, plusieurs passages de la famille sont nécessaires pour s'assurer du fait que l'intéressée s'alimente. Cette situation a été confirmée par P._____ à l'occasion d'un entretien, le 29 novembre 2016, avec l'OAI, et dans un courrier du 26 novembre 2017. Dans cet envoi en effet, son épouse et lui-même ont indiqué que, bien que l'assurée soit en capacité physique de s'alimenter, ils se trouvaient obligés d'assister l'assurée dans cette tâche trois fois par jour, sept jours par semaine. A défaut d'encouragements et de sollicitations, celle-ci ne s'alimente pas dès lors qu'elle n'a aucun désir de manger.

Il ressort de ces éléments que l'assurée a besoin d'une réelle surveillance à chaque fois qu'elle s'alimente.

Dès lors, la nécessité d'une aide indirecte, régulière et importante car concernant chaque repas, doit être reconnue pour l'acte « manger ». En outre, une aide directe est également fournie pour cet acte de la vie quotidienne au travers des repas apportés au lit. C'est le lieu de relever qu'aux termes de son recours du 11 décembre 2017, la recourante affirme que, concernant l'aide pour couper les aliments, celle-ci serait régulière et importante. Or, tant dans le questionnaire rempli le 16 janvier 2014 que dans les déclarations faites à l'enquêtrice le 14 septembre 2016, il est mentionné que cette aide consiste uniquement à couper la viande et les aliments durs. Une nouvelle version de l'état de fait ne peut pas être tenue pour établie, eu égard notamment à la jurisprudence dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations du recourant faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_873/2014 du 13 avril 2015 consid. 4.2.1). Cela étant, comme on l'a vu plus haut (cf. consid. 3d *supra*), le fait que la personne assurée ne nécessite pas d'assistance dans certaines fonctions partielles d'un acte de la vie ne suffit pas à exclure la nécessité d'assistance dans cet acte. Ainsi, la question de l'intensité de l'aide à couper les aliments est sans effet sur l'issue du litige.

c) En conclusion, contrairement aux constatations de l'intimé, la recourante présente la nécessité d'une aide directe ou indirecte d'un tiers, de façon régulière et importante, pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne, y compris l'acte « manger », ainsi que pour les soins de base, de même que pour faire face aux nécessités de la vie.

6. a) Le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit au versement d'une allocation pour impotent de degré grave, dès le 1^{er} janvier 2013 (art. 48 al. 1 LAI).

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**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 8 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Z._____ a droit au versement d'une allocation pour impotent de degré grave, dès le 1^{er} janvier 2013.
- III. Les frais judiciaires, à hauteur de 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 à la recourante un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour Z._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :