

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 février 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Durussel, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Me Marc Zürcher, avocat
auprès de Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 43 LPGA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 199[...], de nationalité [...], actuellement au bénéfice d'un permis C, est entrée en Suisse le [...] 200[...]. Elle a travaillé ponctuellement dans l'hôtellerie, ainsi que comme coiffeuse et ouvrière d'emballage, ceci jusqu'en 201[...]. Elle a ensuite émargé au revenu d'insertion.

Avec l'aide du L._____, l'assurée a déposé le 27 août 2018 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (« *Demande de prestations AI pour adultes : Mesures professionnelles/Rente* ») auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de troubles psychiques (p. 6). Dans ledit formulaire, elle a précisé qu'elle était suivie à la E._____ (ci-après : E._____ ; en médecine interne) ainsi que dans les services de cardiologie et de gynécologie du L._____ (p. 7).

Dans le formulaire intitulé « *DETERMINATION DU STATUT (part active/part ménagère)* » qu'elle a rempli le 8 octobre 2018, l'assurée a informé l'OAI qu'elle était au bénéfice du revenu d'insertion et que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % depuis son arrivée en Suisse.

Dans le rapport adressé à l'OAI le 26 novembre 2018, le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au L._____ a retenu le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail de « *trouble somatisation (CIM-10)* » ou de « *symptôme somatique (DSM-5)* ». Il a estimé que la capacité de travail était nulle, ceci de façon durable, et listé les limitations fonctionnelles suivantes : « *Lenteur, difficultés à bien comprendre les consignes, difficultés à être autonome ou à prendre des initiatives, et surtout douleurs récidivantes et invalidantes, faible résistance au stress, troubles de la concentration et de la mémoire, faible estime de soi, fatigabilité accrue* ». S'agissant d'une activité adaptée, le Dr W._____ a répondu comme il suit aux questions de l'OAI :

Combien d'heures de travail par jour peut-on raisonnablement attendre de votre patient/votre patiente dans l'activité qu'il/elle a exercée jusqu'ici ?

Cela dépend des douleurs ; une régularité sur un moyen terme n'est pas exigible. Par contre, elle a été en mesure, dans l'ensemble, d'assumer une présence de l'ordre d'un 50 % dans les mesures d'insertion dont elle a bénéficié, dont je relève qu'elles sont plutôt de type « bas seuil ».

(...)

4.3

Votre pronostic sur le potentiel de réadaptation du patient/de la patiente. Capacité de travail sur un taux de 100 % (même si le taux contractuel est inférieur).

F. _____ n'a à mon avis pas de potentiel de réadaptation, compte tenu des essais effectués à ce jour. »

Par communication du 4 juin 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'après avoir analysé sa situation, il estimait que des mesures d'intervention précoce n'étaient pas indiquées et qu'il n'était pas possible de mettre en œuvre des mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

Le 30 août 2019, la Dre U. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante de l'assurée à la E. _____, a complété un rapport médical à l'attention de l'OAI. Elle a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles anxiodépressifs, de trouble somatoforme douloureux, de douleurs abdominales et de lombalgies chroniques. Il lui semblait inenvisageable que l'assurée puisse travailler, même à un faible taux. Elle a énoncé les limitations fonctionnelles suivantes : « *douleurs chroniques du rachis, douleurs abdominales et troubles anxieux* ». Dans une activité adaptée, elle a estimé la capacité de travail à 2 heures par jour. Elle a en outre précisé qu'un contrôle avait été effectué en « *traumato au L. _____* ».

L'OAI a également recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr S. _____, spécialiste en gynécologie-obstétrique (rapport du 31 mai 2017). Ce spécialiste faisait état d'un suivi à la consultation d'endométriose depuis le 27 juin 2016 en raison de dysménorrhées invalidantes et de douleurs pelviennes acycliques présentes depuis la ménarche et en nette augmentation depuis 2015.

L'OAI a également versé au dossier les rapports de stage de l'assurée.

Dans son rapport du 14 septembre 2016, la Fondation Q._____ faisait état de ce qui suit :

« Malgré les efforts de F._____ durant les entretiens de suivi et les cours, nous ne pouvons que constater que son état de santé et son niveau scolaire représentent des freins importants pour la suite de son avenir professionnel. Nous pensons qu'une prise en charge AI serait plus en adéquation avec les difficultés actuelles de F._____. Un bilan à l'orientation scolaire et professionnelle serait également de rigueur pour évaluer les capacités cognitives et les réels intérêts professionnels de Mme. Il serait également nécessaire de revoir son organisation personnelle et les moyens pour qu'elle puisse être atteignable. »

Quant au rapport de Q._____ du 28 novembre 2017, ses conclusions étaient les suivantes :

« **Conclusions du bilan**

F._____ a envie de poursuivre avec son parcours d'insertion et a bien investi la mesure. Par contre, nous avons observé des difficultés à maintenir un rythme soutenu (bien que les activités proposées n'ont pas un but productif). De plus, son manque de confiance en soi ainsi qu'un manque d'initiative et d'autonomie, sont des entraves à la mesure.

(...)

Ressources ou freins à la démarche d'insertion

- F._____ propose son aide et a envie de poursuivre avec son parcours d'insertion

- Par contre, ses problèmes de santé (l'imprévisibilité de ses douleurs), son rythme, une faible estime de soi, une difficulté à traiter les informations reçues et une difficulté à verbaliser ses émotions, restent une entrave importante à la suite de son processus d'insertion. »

A la demande du Dr P._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), le Dr W._____ a répondu comme il suit au questionnaire qui lui était adressé par l'OAI :

« 1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

Depuis mon rapport de 2018, la situation est restée stationnaire, avec une persistance du tableau douloureux, fluctuant et récurrent, empêchant toute activité régulière. F._____ a amorcé des démarches visant une remise en activité (elle s'est notamment renseignée pour entreprendre une formation d'aide-soignante ou dans le domaine de l'hôtellerie) qui sont restées sans suite en raison des douleurs.

2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ? (sur un taux de 100 %, même si le taux contractuel est inférieur)

Nulle.

3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ? (sur un taux de 100 % dans l'hypothèse d'une activité exercée à plein temps)

Nulle.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Les limitations fonctionnelles sont inchangées et je vous renvoie à mon rapport, notamment son annexe psychiatrique. Les exacerbations douloureuses, invalidantes et fréquentes, représentent notamment une limitation fonctionnelle majeure.

5. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

(...) selon moi en incapacité de travail totale depuis de nombreuses années, comme en témoignent les échecs des multiples mesures de réinsertion entreprises par le Centre Social Régional.

6. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

Le traitement est inchangé depuis 2018. F._____ est compliant à son suivi psychothérapeutique. Elle consulte également le Dr S._____, de la Maternité du L._____. Elle a changé récemment de médecin généraliste (Dre I._____). »

Dans un rapport adressé à l'OAI le 23 avril 2020, le Dr S._____ a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis le mois de juillet 2016 en raison de douleurs pelviennes chroniques. Une intervention chirurgicale le 17 mars 2017 n'avait pas permis de mettre en évidence des lésions d'endométriose. Le Dr S._____ a expliqué que des douleurs pelviennes chroniques d'origine indéterminée avaient persisté après l'intervention et que les différents traitements hormonaux n'avaient pas permis d'améliorer la symptomatologie. Il a relevé que les douleurs pelviennes chroniques pouvaient avoir un impact majeur sur la qualité de vie et entraîner des troubles fonctionnels. Dans le cas de l'assurée, il a estimé

que, du point de vue gynécologique, il existait une limitation de la capacité de travail d'au minimum 40 %, ajoutant ce qui suit : « *Il me semblerait important chez cette patiente en conjonction avec son psychiatre d'évaluer une réadaptation professionnelle possible* ».

Dans un avis SMR du 8 mai 2020, le Dr P._____ a demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pour les motifs suivants :

« L'assurée souffre de douleurs abdominales rebelles à tout traitement et sans support organique. Nous sommes manifestement dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux et c'est d'ailleurs ce diagnostic qui est retenu par le psychiatre. Celui-ci n'envisage actuellement aucune possibilité de travail ni de réadaptation professionnelle. Cette position est en contradiction avec son RM du 26.11.2018 alors qu'il précise dans son dernier rapport que la situation est totalement stationnaire depuis 2018. Concernant la baisse de CT d'au moins 40 % estimée par le gynécologue, il ne la justifie que par les douleurs et ne propose aucun diagnostic. Dans le contexte d'un TSD, la CT doit être estimée par un psychiatre sur les critères jurisprudentiels et donc l'évaluation du gynécologue ne peut être retenue. »

Cette expertise a été réalisée le 20 août 2020 par le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport le 9 septembre 2020.

Au terme de son évaluation du cas, l'expert n'a pas retenu de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail (p. 38). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics suivants (Ibid.) :

- « **F41.2** Trouble anxieux et dépressif mixte depuis janvier 2018 au présent.
- Z73.1** Traits de la personnalité émotionnellement labile, actuellement bien compensé. Ce trouble n'a pas empêché l'assurée à gérer son quotidien sans limitations psychiques et il n'est pas décompensé, sans hospitalisation psychiatrique, ni traitement psychotrope.
- F45.4** Trouble douloureux somatoforme persistant sans indices de gravité jurisprudentiels remplis actuellement. »

Sur le plan clinique, le Dr N._____ a précisé ce qui suit en ce qui concerne le trouble somatoforme (p. 31) :

« Dans le cas présent, l'explorée a des **plaintes douloureuses persistantes depuis au moins deux ans**, mais avec un substrat organique partiel possible selon le dossier médical asséculoologique en possession de l'expert.

Etant donné que nous ne sommes pas des experts somaticiens, nous ne pouvons pas confirmer l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant, mais cette entité diagnostique apparaît comme probable, vu le contexte somatique peu important par rapport à l'intensité des plaintes. »

Le Dr N. _____ a procédé à l'évaluation médicale suivante (pp. 39-42) :

« **8.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

Nous retenons des traits de la personnalité émotionnellement labile, mais il existe en plus un contexte de trouble anxieux et dépressif mixte, sans limitations fonctionnelles objectivables depuis janvier 2018 au présent chez une assurée qui gère son quotidien sans difficultés et qui présente une entité diagnostique apparentée à un trouble douloureux somatoforme persistant.

L'évolution est décrite comme stationnaire par l'assurée depuis janvier 2018 au présent, malgré un suivi psychiatrique et sans un traitement antidépresseur.

L'assurée à des bonnes ressources et elle gère son quotidien sans limitations psychiatriques, mais avec des limitations somatiques uniquement pour les tâches lourdes physiquement.

Avis concernant la personnalité de l'assuré, notamment au regard de ses ressources, avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social

Actuellement les ressources de l'assurée sont bonnes, car elle arrive à gérer son quotidien sans difficultés, malgré ses traits de la personnalité émotionnellement labile depuis le début de l'âge adulte. Nous ne retenons pas d'isolement social total, mais partiel selon l'anamnèse.

8.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Nous constatons une évolution stationnaire des troubles selon l'assurée depuis janvier 2018 au présent, sans un suivi psychothérapeutique hebdomadaire mais mensuel et sans traitement antidépresseur, alors que les traits de la personnalité ne sont pas décompensés.

Le traitement antidépresseur ne nous semble pas exigible, vu l'absence de limitations fonctionnelles significatives.

Avis sur le déroulement de la thérapie, indication des motifs d'interruption des interventions. Le cas échéant, avis concernant la question de savoir si les problèmes de coopération sont liés à la maladie ou à un manque de ressources de l'assuré. Pour l'appréciation du potentiel de réadaptation, il convient d'indiquer si les traitements effectués jusque-là ont été adéquats, si les possibilités thérapeutiques ont été épuisées, et quelle sera vraisemblablement l'évolution de la maladie. Le cas échéant, indiquer si d'autres options sont encore envisageables

Le traitement proposé peut être amélioré et nous suggérons de mettre en place un traitement antidépresseur pour améliorer le pronostic. Un traitement antidépresseur pourrait accélérer le processus de guérison, mais il n'est pas exigible dans l'absence de limitations fonctionnelles significatives.

8.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

La cohérence au niveau de l'anamnèse et de l'examen clinique et la plausibilité des troubles psychiques est moyenne chez une assurée qui ne montre pas d'exagération des activités possibles durant la journée type, mais qui présente des avantages secondaires.

Avis sur la présence d'une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et réponse à la question de savoir si des thérapies correspondant aux symptômes exposés ont été suivies (eu égard à l'intensité des souffrances)

Les limitations fonctionnelles sont absentes de façon uniforme dans tous les domaines d'activité et la compliance est nulle au traitement psychotrope qui aurait été proposé selon l'assurée.

Avis sur la question de savoir si les symptômes ou les pertes de fonctionnalité dont se plaint l'assurée sont cohérents et plausibles, et si les résultats de l'examen sont valides et compréhensibles

Les plaintes et les limitations fonctionnelles non significatives observées sont cohérentes et plausibles et en concordance avec l'examen clinique et les tests psychométriques réalisés.

Discussion et appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier ainsi que des appréciations spécialisées antérieures disponibles Par ex. rapports sur des mesures de réadaptation

Nous n'avons retenu aucune incohérence chez une assurée authentique, qui n'exagère pas la journée type ou les activités encore possibles, la seule incohérence étant une demande AI, dans l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques objectivables chez une assurée qui gère seule son quotidien.

De plus, de façon très authentique elle décrit des avantages secondaires clairs, en expliquant qu'elle ne pourra pas trouver un emploi adapté à ses douleurs après une pause professionnelle.

Nous ne retenons pas des discordances entre le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant retenu par le psychiatre traitant et la description de la journée type, mais il existe une contradiction lorsque le psychiatre traitant décrit dans un premier temps une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée et puis une capacité de travail nulle, tout en décrivant une situation inchangée et pas aggravée, ce qui est également confirmé par l'assurée au moment de l'expertise.

Nous retenons une discordance entre une diminution de la capacité de travail et de nombreuses activités possibles dans le quotidien, comme la gestion des courses, du ménage, de l'administratif, le fait qu'elle se promène seule ou avec des amis, sans isolement social total mais partiel, surfe sur internet, etc.

Le fait que l'assurée n'a pas nécessité d'hospitalisation en psychiatrie, que de nombreuses activités restent possibles malgré le refus du traitement antidépresseur, sans suivi psychiatrique hebdomadaire, mais bimensuel, plaide aussi contre un trouble psychique incapacitant et contre des limitations fonctionnelles significatives.

8.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Présentation et motivation des troubles fonctionnels, des pertes de capacité et des ressources disponibles, avec appréciation critique de l'évolution sur la durée, de l'auto-évaluation de l'assuré, de sa personnalité et de sa disposition à coopérer. Le cas échéant, avis sur la manière dont la combinaison de plusieurs légers handicaps peut affaiblir la résistance au stress de l'assuré. Le cas échéant, distinction entre les troubles fonctionnels selon qu'ils sont dus à des causes médicales ou non

Nous retenons des limitations fonctionnelles non objectivables et non significatives au moment de l'expertise qui n'ont pas évolué significativement depuis janvier 2018 au présent : labilité émotionnelle, sans ralentissement psychomoteur significatif, sans aboulie, sans ruminations dépressives au quotidien, sans troubles de la concentration objectivables, sans anhédonie, sans isolement social total, mais partiel. La gravité des troubles est faible tenant compte de la journée type.

Les traits de la personnalité de l'assurée contribuent à une instabilité professionnelle et représentent un frein à la réadaptation professionnelle en affaiblissant sa résistance au stress, bien qu'ils ne soient pas incapacitants en soi. Les ressources restantes sont bonnes, chez une assurée peu motivée par une reprise professionnelle à cause de ses douleurs selon ses dires. »

Le Dr N. _____ a répondu comme il suit au questionnaire de l'OAI concernant la capacité de travail de l'assurée (pp. 42-43) :

« **9.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

100 % sans baisse de rendement depuis janvier 2018 au présent selon la jurisprudence de 2015 et de novembre 2017.

Avant 2018 la situation est décrite comme moins sévère, sans le trouble anxieux et dépressif mixte et la capacité de travail était aussi de 100% sans diminution du rendement.

Combien d'heures de présence l'assurée peut-elle assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?

100 % sans baisse de rendement.

Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

100% sans baisse de rendement en raison de limitations fonctionnelles non significatives.

À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assurée dans cette activité, par rapport à un emploi à 100 % ?

100 %, sans baisse de rendement.

Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil de temps ?

Le pronostic sera amélioré en cas de prise d'un traitement antidépresseur.

9.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

100 % sans baisse de rendement selon la jurisprudence de 2015 et de novembre 2017.

Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assurée ?

L'activité professionnelle exercée dernièrement est une activité adaptée d'un point de vue psychiatrique.

Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?

100 % sans baisse de rendement.

La performance de l'assurée serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Non, pas pour des raisons psychiatriques.

9.3 Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

D'après l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ?

Non, car elle est de 100 %.

Dans l'affirmative, veuillez préciser les options thérapeutiques individuelles, la durée probable du traitement jusqu'à l'obtention d'un résultat positif et les preuves à l'appui de la thérapie proposée, y compris le degré de succès prévisible. Y a-t-il des raisons médicales (risques) qui plaident contre la thérapie proposée ?

Un traitement antidépresseur et un suivi psychiatrique hebdomadaire pourrait accélérer le processus de guérison et diminuer le risque d'aggravation. »

Dans un rapport SMR du 27 octobre 2020, le Dr P._____ a estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expert.

En date du 29 octobre 2020, l'OAI a établi un projet de décision dans le sens d'un refus de mesures professionnelles et de rente. Dans sa motivation, il a retenu que l'atteinte à la santé ne présentait pas de caractère invalidant au sens de l'assurance-invalidité et qu'une entière capacité de travail était exigible.

L'assurée a contesté le projet de décision susmentionné le 26 novembre 2020. Elle a produit un rapport du Dr W._____ du 26 novembre 2020 (voir aussi son rapport du 1^{er} décembre 2020 adressé au SMR) qui annonçait une nouvelle atteinte sous la forme d'une consommation excessive d'alcool et relevait les points sur lesquels il se distanciat de l'expert.

Dans un avis SMR du 23 décembre 2020, le Dr P._____ a estimé que, sous réserve d'une notion de consommation d'alcool, à laquelle n'était toutefois pas rattachée de limitation fonctionnelle, les éléments décrits par le Dr W._____ étaient déjà connus lors de l'expertise, de sorte qu'il n'existait pas d'élément justifiant de modifier son appréciation.

La Dre I._____, spécialiste en médecine interne générale et nouvelle médecin traitante de l'assurée, a adressé un rapport à l'OAI le 20 janvier 2021 dans lequel elle a indiqué qu'une IRM (imagerie par

résonnance magnétique) avait mis en évidence des discopathies dégénératives L4-L5, L5-S1, avec sténose foraminale L5-S1 bilatérale d'origine dégénérative. Elle a décrit des douleurs articulaires dans le cadre d'une péjoration de l'état de santé général survenue au printemps 2020. Dans ce contexte, évocateur, d'après la Dre I._____, d'une *polymyalgia rheumatica*, elle avait adressé sa patiente à la Dre B._____, spécialiste en rhumatologie. Dans le cadre des antécédents, la Dre I._____ a aussi fait état d'un syndrome d'hypermobilité articulaire. Sur le plan oto-rhino-laryngologique, elle avait demandé une consultation spécialisée auprès du Dr T._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, en raison d'une suspicion d'odynodyspahie majeure, lequel avait retenu une laryngite sur reflux gastro-œsophagien. Reprenant l'ensemble du dossier, la Dre I._____ envisageait désormais que cette problématique s'inscrivait dans le contexte d'un *globus hystericus* diagnostiqué en 2011.

Dans un nouvel avis SMR du 2 mars 2021, le Dr P._____ a retenu ce qui suit :

« Le diagnostic de polymyalgia rheumatica est plus qu'improbable chez cette assurée. Il concerne essentiellement les personnes de plus de 50 voire 65 ans, il n'y a pas de syndrome biologique inflammatoire (critère indispensable dans l'ensemble des classifications diagnostiques), les douleurs décrites ne sont pas en ceinture et la réaction au traitement d'essai par cortisone n'a été que légère. Concernant l'odynodyspahie « majeure », elle n'a strictement aucun retentissement fonctionnel, notamment en termes de nutrition avec un maintien du poids et surtout, aucun élément objectif ne vient la confirmer. Elle s'inscrit manifestement dans le corpus des troubles fonctionnels de cette assurée dont le retentissement a bien été étudié par l'expert psychiatre. **En somme l'assurée n'apporte pas de nouvel élément permettant de remettre en question notre projet de décision.** »

Par décision du 4 mars 2021, assortie d'une motivation séparée du même jour, l'OAI a confirmé son projet de décision du 29 octobre 2020 au motif que les rapports médicaux produits lors de la procédure d'audition ne fournissaient aucun élément nouveau qui n'aurait pas été pris en compte par l'expert.

B. Par acte du 19 avril 2021, F._____, représentée par Me Marc Zürcher de Procap Suisse, a recouru contre la décision de l'OAI du 4 mars 2021, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu, principalement à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité, à tout le moins à une rente, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, la recourante a fait valoir que les rapports du Dr W._____ permettaient de mettre en doute la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr N._____ (pp. 5-6, ch. 4) et que l'intimé n'avait pas instruit les aspects rhumatologique et gynécologique du dossier (pp. 6-7, ch. 5 à 12).

Dans sa réponse du 2 juin 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours, en se fondant notamment sur les avis SMR du dossier (27 octobre, 23 décembre 2020 et 2 mars 2021).

Par réplique du 24 juin 2021, la recourante a maintenu sa position.

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 compte tenu des fêtes pascales (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et art. 38 al. 4 let. a LPGA) et respectant les autres conditions

formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 4 mars 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

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

6. a) En l'occurrence, il semble que la recourante présente une atteinte à la santé psychique. Les parties divergent essentiellement quant à sa répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée. L'intimé s'est

basé sur le rapport d'expertise du Dr N._____ du 9 septembre 2020, ainsi que sur les avis de son service médical des 27 octobre, 23 décembre 2020 et 2 mars 2021, pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de celle-ci, la recourante ne présentait pas d'atteinte invalidante à la santé. L'intéressée, pour sa part, conteste la valeur probante de l'expertise. Elle s'est prévalu de l'appréciation de ses médecins traitants qui conduirait selon elle à retenir une violation du principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA) du fait d'une instruction lacunaire sur le plan somatique. Elle se prévaut aussi de l'évaluation de son psychiatre traitant qui aurait une entière valeur probante ou qui permettrait à tout le moins de jeter le doute sur l'expertise.

b) En l'espèce, on doit d'emblée constater les difficultés à dégager une vision précise de l'état de santé de la recourante, de même que l'interaction d'apparentes difficultés psychiques, psychosomatiques, voire somatiques.

En premier lieu, l'expert n'a pas été en mesure de confirmer l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant dès lors qu'il ne bénéficiait pas de l'assistance de confrères somaticiens (rapport d'expertise, p. 31). Il retient à la fois un substrat organique partiel « *possible* » et un diagnostic de trouble somatoforme douloureux « *probable* ». Cela montre que l'état de fait médical n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante dès lors que le postulat du Dr N._____ n'est qu'une hypothèse, faute d'infirmité de tout diagnostic somatique invalidant au terme d'un examen clinique, voire radioclinique, complet. On comprend ainsi mal pourquoi le Dr N._____ semble admettre des limitations fonctionnelles pour les « *tâches lourdes physiquement* » (cf. p. 33) sans toutefois retenir une répercussion sur la capacité de travail de ce fait. C'est du reste à juste titre que l'expert psychiatre fait preuve de réserve dans son rapport (Ibid.). A la lecture du dossier, il s'avère que d'autres possibilités peuvent raisonnablement entrer en considération.

Sur le plan somatique, le dossier soumis à la Cour de céans est lacunaire.

Au niveau gynécologique, une incapacité de travail de 40 % a été constatée (cf. rapport du 23 avril 2020 du Dr S._____). Le gynécologue traitant n'a pas identifié d'origine gynécologique aux douleurs qu'il qualifie d'invalidantes. On observe toutefois à la lecture du rapport du 31 mai 2017 du Dr S._____ qu'une consultation en gastroentérologie était prévue pour évaluer une « *probable origine intestinale* » aux douleurs. Rien n'indique toutefois si tel est le cas ni quels étaient les arguments du Dr S._____ à ce propos ou encore si la consultation en question a eu lieu. Ce dernier doit ainsi être réinterrogé par l'intimé.

Par ailleurs, il résulte du rapport du 26 novembre 2018 du Dr W._____ (p. 2, ch. 2.1) que l'arrivée en Suisse de la recourante a été marquée par la découverte d'une grossesse, non désirée, pour laquelle un curetage a été effectué. Au décours de l'intervention, la recourante a présenté une insuffisance cardiaque aiguë en lien avec une sténose mitrale, pour laquelle elle a été hospitalisée et qui a été traitée dans un second temps par voie endovasculaire. Le rapport de la Dre I._____ du 20 janvier 2021 mentionne dans les antécédents de la recourante une valvuloplastie mitrale pour sténose mitrale significative. Le Dr S._____ s'interrogeait, dans une courrier du 12 juillet 2019, de l'indication d'un traitement par pilule estroprogestative pour le traitement du syndrome douloureux pelvien chronique mais, dès lors que la recourante avait eu une intervention au niveau de la valve mitrale, il souhaitait l'avis du cardiologue par rapport à cette intervention et à la situation actuelle avant de prescrire un tel traitement. Selon la demande de prestations AI du 27 août 2018 (p. 7), un traitement pour cette problématique cardiaque était toujours en cours et la recourante était suivie par un cardiologue. Or, cet aspect n'a pas du tout été investigué et devra l'être.

De surcroît, le dossier ne contient aucun avis rhumatologique écartant tout signe objectif d'une affection organique rhumatologique,

osseuse, arthrogène, myogène ou ligamentaire et privilégiant à défaut d'atteinte organique un trouble somatoforme douloureux. On rappelle que le diagnostic, s'il permet d'orienter l'évaluation médico-théorique, n'est toutefois pas décisif. En effet, ce sont les limitations fonctionnelles qui définissent la capacité de travail d'un assuré. La Dre I._____ retient un antécédent de syndrome d'hypermobilité articulaire et suspecte une *polymyalgia rheumatica*. L'argument épidémiologique du Dr P._____ concernant la seconde (cf. avis SMR du 2 mars 2021), selon lequel la recourante serait trop jeune, est insuffisant. Il ne permet pas d'écarter un diagnostic différentiel faute d'examens plus approfondis. Un syndrome inflammatoire n'est d'ailleurs pas nécessaire pour poser le diagnostic de *polymyalgia rheumatica* contrairement à ce qu'indique le médecin du SMR. Il existe en effet des atteintes de ce type avec vitesse de saturation (VS) normale. En présence de douleurs chroniques, d'argument en faveur d'une hypermobilité articulaire, d'une imagerie montrant, semble-t-il, des troubles dégénératifs du rachis, le seul argument épidémiologique est insuffisant, spécialement lorsque le dossier ne contient pas les éléments d'imagerie évoqués par la Dre I._____. De plus, la recourante a consulté à tout le moins à deux reprises des spécialistes des troubles ostéoarticulaires, à savoir la Dre B._____, rhumatologue, au début de l'année 2021 (cf. rapport de la Dre I._____ du 20 janvier 2021) et le L._____ (« L._____ » cf. rapport de la Dre U._____ faxé le 30 août 2019) sans que l'on soit en mesure de connaître leurs avis, faute d'élément au dossier. On constate aussi qu'une pathologie inflammatoire est évoquée par le Dr W._____ dans son rapport du 1^{er} décembre 2020 (p. 3), ceci sans que l'on sache à quel domaine elle se rattache. Or, en présence d'un problème de valve cardiaque, un syndrome inflammatoire surajouté n'est pas sans risque (endocardite). Il conviendra donc d'obtenir le dossier d'imagerie et de recueillir des renseignements auprès de la Dre B._____ et du L._____.

L'intéressée a aussi consulté le Dr T._____ pour la sphère oto-rhino-laryngologique, mais aucun rapport médical ne figure dans le dossier. A cet égard, l'avis du SMR du 2 mars 2021 ne convainc également pas. Singulièrement, la sévérité du reflux gastro-œsophagien n'est pas

évaluée et l'on ignore également s'il présente un caractère durable. Il convient donc d'interroger le Dr T. _____ pour ce qui est de la sphère ORL.

Le tableau somatique de la recourante étant lacunaire, le moyen tiré de la violation du principe inquisitoire doit ainsi être admis en ce qui concerne l'aspect somatique du dossier.

c) Sur le plan psychiatrique, le rapport d'expertise du Dr N. _____ paraît certes avoir été établi conformément aux réquisits jurisprudentiels sur le plan formel. Cela étant, on relève qu'en dépit d'exams fouillés de la recourante (dont de nombreux tests), l'expert ne communique pas de réelle analyse médicale circonstanciée, se fonde sur un diagnostic de trouble somatoforme douloureux qui n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. De plus, l'état de fait s'est peut-être aggravé entre le moment où il a reçu la recourante et celui où la décision a été prononcée.

Le Dr W. _____ expose, dans son rapport du 1^{er} décembre 2020, une éventuelle nouvelle atteinte à la santé psychique sous la forme d'une consommation d'alcool que la recourante n'avait semble-t-il pas mentionnée à son psychiatre traitant (p. 4 : « F. _____ m'a révélé une consommation problématique [de une fois toutes les deux semaines à plusieurs fois dans la semaine [de quantités d'alcool importantes [par exemple, une demi-bouteille à une bouteille entière d'alcool fort en quelques heures] »). A cette occasion, le questionnaire « AUDIT » réalisé par le Dr W. _____ a montré un score compatible avec une dépendance éthylique ou une consommation nocive. Le rapport du 1^{er} décembre 2020 jette ainsi un doute quant aux atteintes à la santé psychique dont souffrait la recourante au moment où la décision litigieuse a été rendue. Contrairement à ce que soutient le SMR (avis du 23 décembre 2020), on ne peut pas conclure à l'absence de limitations fonctionnelles en résultant dès lors que le Dr W. _____ dit avoir - entre autres - constaté un ralentissement psychomoteur évident, des idées suicidaires et un effondrement dépressif marqué (rapport du

1^{er} décembre 2020, p. 3). L'instruction doit ainsi être complétée du fait de l'apparition d'une possible nouvelle atteinte à la santé psychique entre le moment de l'expertise et celui où l'intimé a rendu la décision entreprise.

Le Dr N._____ n'a pas discuté les éventuelles conséquences psychiques du curetage pratiqué à l'arrivée de la recourante en Suisse (rapport du 26 novembre 2018 du Dr W._____ et le rapport d'expertise, p. 12) et des maltraitements physiques et psychiques subies de sa mère (rapport d'expertise, p. 14), ce dont l'intéressée lui avait pourtant fait part. L'évènement en question n'a pas été exploré chez une femme qui avait pourtant confié à son gynécologue un désir d'enfant (rapport du 31 mai 2017 du Dr S._____) et qui semble placer l'apparition des douleurs après cet évènement. L'anamnèse et l'analyse médicale se révèlent ainsi insuffisantes.

Sur le plan des indicateurs, la jurisprudence impose un examen de la gravité fonctionnelle des troubles à la lumière des comorbidités psychiques - mais aussi somatiques (TF 9C_269/2018 du 25 juillet 2018) - présentées par l'intéressée. En l'espèce, il résulte de l'instruction lacunaire sur le plan somatique que le Dr N._____ n'était pas en mesure de se prononcer en toute connaissance de cause sur la gravité fonctionnelle des diagnostics qu'il retient et singulièrement sur l'impact d'une éventuelle comorbidité somatique sur laquelle l'expert se montre lui-même prudent (rapport d'expertise, p. 31).

Au demeurant, l'expert ne se focalise que sur quelques éléments (description de l'activité quotidienne à domicile et absence d'antidépresseur et d'hospitalisation) pour considérer que la recourante serait dotée d'une capacité de travail entière. L'expert n'expose pas en quoi ces éléments suffiraient à écarter tout impact des symptômes décrits par le psychiatre traitant en termes de capacité de travail. Rattachée au descriptif de la tenue de son ménage par la recourante, l'appréciation de l'expert ne convainc pas.

Le Dr N._____ ne se prononce pas sur l'impact des douleurs alléguées dans un contexte professionnel, mais se fonde exclusivement sur le quotidien actuel de la recourante, hors de toute activité lucrative. Or, le quotidien en question n'est pas très riche. Il y a certes un cercle amical, toutefois décrit de manière superficielle. Les relations familiales apparaissent compliquées, voire très mauvaises avec la mère (rapport d'expertise, pp. 13-14). Quant à la gestion du quotidien, le champ d'intervention de l'assistante sociale du L._____ (cf. rapport d'expertise, p. 17) n'est pas décrit, de sorte que l'on ne peut pas en déduire une autonomie sans plus amples renseignements rendus nécessaires par l'examen de la cohérence, singulièrement des limitations uniformes dans tous les domaines de la vie.

On ajoutera que les diagnostics et la plausibilité des limitations rapportées par le Dr W._____ ne sont pas discutés par l'expert. De plus et même s'ils ne sont pas décisifs du point de vue de l'évaluation de la capacité de travail (TF 9C_762/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.3.1 et les références citées), les stages effectués auprès de Q._____ et de la Fondation Q._____ (rapports des 14 septembre 2016 et 28 novembre 2017) mettent tout de même en lumière des difficultés que l'expert n'a pas discutées.

Le Dr N._____ donne finalement l'impression d'avoir procédé de manière purement schématique à l'examen des critères jurisprudentiels, en faisant abstraction des descriptifs étayés communiqués par le Dr W._____. Dès lors et même si le rapport d'expertise met en lumière des ressources, il n'est pas possible, en l'état, d'accorder une pleine valeur probante aux conclusions de l'expert psychiatre, lequel n'a au demeurant pas eu l'occasion de se prononcer sur les critiques formulées le 26 novembre 2020 par le Dr W._____. Quant à l'appréciation de ce dernier, si elle jette d'indéniables doutes sur l'état de santé de la recourante tel que présenté par le Dr N._____ et sur la valeur probante de son rapport d'expertise, elle ne peut pas, *per se*, se voir reconnaître une valeur probante suffisante dès lors qu'elle ne permet pas une évaluation des indicateurs selon la jurisprudence.

c) En définitive, force est de constater que, dans le cas particulier, un tableau clinique objectif et précis, exposant en détail l'évolution de l'état de santé et la capacité de travail de la recourante, fait défaut tant sur le plan psychiatrique que somatique. De même, manquent en l'occurrence, une anamnèse complète et une étude circonstanciée des diagnostics pertinents et de leur degré de gravité, ainsi que des investigations plus poussées sur la question de l'alcoolisation et sur l'impact des douleurs sur les ressources de la recourante.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Compte tenu de ce qui précède, il s'impose de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète le dossier conformément aux considérants qui précèdent. Après actualisation des renseignements médicaux, il appartiendra à l'OAI de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec des volets de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie, voire de toute(s) autre(s) spécialité(s) que le SMR ou les experts estimeront utile(s) après avoir repris le dossier.

Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'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).

8. a) En conclusion, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 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 la mettre à la charge de la partie intimée.

**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 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F. _____ un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Marc Zürcher, Procap Suisse (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :