

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 février 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Jomini et M. Zbinden, assesseur
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

N._____, à Ecublens, recourante, représentée par Me Olivier Carré,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. N._____, née le [...], a travaillé au service de la société [...] en qualité de caissière du 16 octobre 2000 jusqu'au 31 janvier 2003. Elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey (ci-après : l'OAI), le 4 février 2004.

Le Dr D._____, neurologue FMH, indique le 26 avril 2002 que le bilan neurologique est rassurant et conclut à des céphalées migraineuses ou tensionnelles décompensées par la grossesse et les vomissements.

Dans un questionnaire du 25 novembre 2002, le Dr F._____, FMH médecine interne, oncologie et hématologie, atteste d'une incapacité de travail totale dès le 2 septembre 2002 et diagnostique une anémie sidéropénique, un syndrome du tunnel carpien droit, une scoliose sinistro-convexe de la colonne dorsale, une migraine et une infection aiguë des voies respiratoires. Il indique avoir été consulté le 3 septembre 2002 et que la patiente se plaint depuis plusieurs mois de fatigue inhabituelle, vertiges et céphalées.

Mandaté comme expert par l'assurance perte de gain, le Dr P._____ diagnostique dans son rapport du 17 février 2003 des céphalées migraineuses et vraisemblablement tensionnelles, ainsi qu'un tabagisme chronique. Il mentionne que l'intéressée présente des céphalées migraineuses décrites comme sévères et de fréquence élevée jusqu'à 2 fois par semaine depuis novembre 2001. L'expert estime la capacité de travail complète, mais qu'en ce qui concerne les migraines, il est possible qu'il en découle un absentéisme de 1 ou 2 jours lors de crises, qui ne sauraient cependant conduire à une incapacité de travail à long terme.

Le 17 avril 2004, le Dr F._____ diagnostique un état anxio-dépressif et une migraine chronique, l'incapacité de travail étant entière

dès le 2 septembre 2004. Il retient également une scoliose sinistro-convexe de la colonne dorsale, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. Il estime que sa patiente ne peut plus travailler dans son activité habituelle, mais que l'on peut exiger d'elle qu'elle exerce une autre activité. Il mentionne que « la patiente se cabre contre toute proposition de reprise d'une activité, un examen complémentaire, notamment psychiatrique étant indiqué pour évaluer la capacité de travail résiduelle de s'insérer dans le circuit économique ». Il joint à son rapport plusieurs rapports médicaux du service de neurologie du Centre W. _____ (ci-après : W. _____), signés notamment par le Dr T. _____ qui diagnostique une migraine transformée (rapports des 24 mars, 28 avril et 2 juin 2003), puis une migraine chronique quotidienne (rapport du 1^{er} décembre 2003). Il mentionne dans ce dernier rapport que la patiente a présenté une aggravation des céphalées quotidiennes chroniques dans le contexte d'un état dépressif. En cas de persistance de celles-ci, il propose une hospitalisation pour sevrage des médicaments analgésiques dont la patiente abuse.

Par décision du 14 avril 2005, l'OAI a rejeté la demande au motif que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante.

Le 12 mai 2005, l'intéressée s'est opposée à cette décision. Le 20 juin 2005, elle a produit une lettre du 16 juin 2005, adressée par le Dr D. _____ au Dr F. _____ qui mentionne ce qui suit :

« J'ai revu cette patiente à ma consultation le 15 juin 2005.

Je l'avais vue en avril 2002. Elle mentionnait à l'époque des céphalées d'apparition récente, à la faveur d'une grossesse. L'examen neurologique était normal.

Depuis lors l'évolution n'est pas favorable. La patiente a été prise en charge par les neurologues au W. _____, et différents traitements de fond ont été instaurés, en particulier Seropram, Topamax, sans effet. Actuellement elle est traitée par Zomig, Dafalgan, Lexotanil.

Elle mentionne des céphalées presque quotidiennes, constantes, avec 1 à 2 fois par semaine une exacerbation, associée à des vomissements. Le Zomig est efficace dans les accès sévères, mais en général après prise de Zomig il persiste une importante asthénie.

Parallèlement, la patiente se plaint, et au premier plan, d'une tristesse, d'une asthénie constante, d'une perte de toute motivation, et de pleurs fréquents.

Status neurologique

Au status l'état général est conservé. TAH droite : 118/71 mmHg. Pouls : 95/mn régulier. La thymie est dépressive. Sinon le status neurologique détaillé est normal.

Appréciation

Cette patiente présente des céphalées chroniques et quotidiennes, à caractère de tension, apparaissant à la faveur d'un état dépressif, associées également à une composante migraineuse, mais qui semble compensée par le Zomig.

Pratiquement, l'état dépressif devrait être traité spécifiquement.

A noter encore que la patiente a fait une demande AI, qui a été rejetée, et elle fait opposition, défendue par Maître Carré. J'adresse une copie de ce rapport au défenseur de Mme N._____ en lui rappelant que la migraine sans aura est une maladie fréquente (10 à 15 % de la population féminine) et qui prise isolément, ne peut être un motif suffisant pour justifier une invalidité, bien que la maladie puisse être parfois invalidante. Dans la situation présente, le cas me semble compliqué par un état dépressif surajouté, qui devrait faire l'objet d'un bilan chez un médecin psychiatre spécialiste, afin de déterminer s'il existe une invalidité sur le plan psychiatrique ».

Un mandat d'expertise a été confié au Dr B._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui a établi son rapport le 3 janvier 2007. Il mentionne notamment ce qui suit :

« III. Plaintes et descriptions subjectives de l'assurée :

1. L'assurée se plaint spontanément :

Madame N._____ nous dit spontanément qu'elle va mal, très mal. Elle différencie ce terme de la manière suivante :

1. Elle souffre presque tous les jours de migraines. Les douleurs partent souvent du côté droit de son crâne et s'élargissent ensuite. Elle a de ce fait souvent "mal partout".

Elle supporte mal la lumière et elle est très vite irritée par le bruit (télévision, discussions, etc.).

Il y a assez régulièrement des nausées et des vertiges associés aux crises de migraines.

Il existe des jours sans atteinte migraineuse, mais ils sont minoritaires.

2. L'assurée dit qu'elle s'énerve pour "un rien du tout". Des petites choses peuvent l'irriter beaucoup. Elle nomme dans ce contexte par exemple une dispute qu'elle a eue hier avec son mari.

Elle n'est plus comme avant, sort beaucoup moins et souffre du fait que les gens ne la comprennent pas.

3. Elle évoque une tristesse intérieure qu'elle n'a pas connue avant (deuxième grossesse), qui est très pénible subjectivement, qui va de pire en pire et qui n'est pas influencée par les différentes tentatives médicamenteuses.

4. Elle évoque un côté émotif avec des états de tristesse et des états de joie, changeants et une sensibilité par rapport à tout ce qui se passe autour d'elle, émissions de télévision, commentaires, etc.

Lorsque nous abordons les thèmes des médicaments, l'assurée nous sort la liste des substances, mais se montre assez peu affirmée lorsque nous lui demandons des détails de la prise.

Elle admet de **ne plus prendre l'antidépresseur** depuis au moins un mois, que son médecin lui en aurait prescrit un autre, mais qu'elle ne l'aurait pas encore pris. Elle exprime son "*ras-le-bol de tous ces médicaments*" et ses réticences d'être mise dans un registre psychiatrique ("*Je ne suis pas folle*"). Lorsque nous insistons, elle a pourtant une bonne connaissance de ce qu'est un antidépresseur et il s'avère que, dans son ras-le-bol global, elle a "balancé" cette substance, mais pas les autres.

Il en est de même pour ce qu'elle nous dit d'un suivi psychiatrique; bien que conseillée par son médecin-traitant à plusieurs reprises, elle n'a été qu'une seule fois chez un psychiatre; la deuxième fois elle est sortie de la séance sans explication. Au fond, elle n'a jamais voulu une telle approche.

2. Sur question, l'assurée donne les réponses suivantes :

a) globale/sociale :

Permis de conduire,

pratique voiture : Pas de permis

Langues parlées : [...], français

Habitation : Appartement à [...], se dit bien ici avec sa famille

Revenu : Après son arrêt de travail, perte de gain pendant environ un an, ensuite plus rien; vit maintenant du salaire du mari

Relations sociales : Famille, belle-famille, tantes, amis, aucune notion d'isolement

Couple : En ordre, aucune velléité de séparation

Occupations : S'occupe essentiellement de toutes les tâches qui sont liées à la guidance de ses enfants; les réveiller, les habiller, faire à manger, les accompagner à l'école, aller les rechercher à l'école, faire le repas familial du soir, etc.

Lectures : Très peu, surtout télévision, ordinateur existe dans la famille, mais l'assurée ne l'utilise pas

Plaisirs, hobbies : Peu de choses à part le plaisir d'être avec ses enfants et leur faire plaisir (cassettes, McDo, etc.).

b) physiologique :

Sommeil

- qualité : Mauvaise
- endormissement : En ordre avec Stilnox (parfois aussi sans)
- déroulement : Se réveille parfois 3 à 4 fois par nuit, mais pas toutes les nuits
- rêves, cauchemars : Des fois, contenus qui font peur
- réveil : Avec sentiment de tristesse et questionnement "C'est ça la vie?"
- hypersomnolence diurne : Non
- sieste : Jamais

Activités physiques : Rien, n'a pas envie (exception : marcher avec les enfants)

Appétit, poids : Appétit fluctuant, poids \pm stable autour de 47-50 kg

Sexualité : Existe

Tabac : $\frac{1}{4}$ de paquet de cigarettes par jour; "ça calme"

Alcool : De temps en temps mais rarement, lors d'une visite

Autres substances : Néant

(.....)

d) psychiatrique :

Sentiment dépressif : Oui, dans le sens évoqué dans la première partie du chapitre

Anxiété, phobies : Anxiété sous forme de peur des nuits, des orages et de la nature, pas de phobie

Tendance aux ruminations : Surtout le matin

Idéations suicidaires : Oui, souvent, scénario : médicaments ou balcon, jamais de passage à l'acte

Modification comportement : Irritabilité

Nervosité, irritabilité : Oui, il y a des jours calmes, d'autres où elle s'énerve beaucoup

Symptômes neurovégétatifs :

- palpitations : Oui
- maux de tête : Oui

- troubles visuels : Oui
- vertiges : Oui
- gênes gastro : Des fois
- instabilité position corps : Non
- transpirations : Non
- oppressions : Oui, si énervée, ne peut pas bien respirer à ce moment-là

Capacité travail point de vue perso.:

Capacité de travail nulle, attentes : "Qu'on me comprenne et qu'on m'aide".

(...)

V. Constatations cliniques :

1. Observations cliniques par l'expert :

L'assurée vient ponctuellement à l'entretien prévu. Elle est accompagnée de sa tante par alliance (sœur de la deuxième épouse de son père) qui a fait le trajet entre [...] et [...]. Lorsque nous rencontrons l'assurée à la salle d'attente, elle est en échange vif et rigolant avec sa tante.

L'assurée marche d'un pas rapide vers la salle d'examen et il se dégage d'elle une certaine tonicité. Il s'agit d'une femme de petite taille, svelte, habillée avec un certain goût et avec quelques accessoires à la mode. Elle a une physionomie qui est marquée dans le sens d'un pourtour des yeux noircis et une expression de fatigue faciale. Elle s'assoit d'abord le dos contre la fenêtre dans la pièce de consultation, mais change de position au bout d'un moment car une lampe à sa droite l'irrite.

Madame N. _____ entre facilement et spontanément en contact. Elle maîtrise relativement bien le français, elle peut s'exprimer spontanément dans cette langue, bien que de temps en temps elle soit arrêtée par une expression ou un mot qu'elle ne trouve pas ou, de l'autre côté, par un mot utilisé par l'expert qu'elle ne comprend pas. Mais si l'on parle lentement ou si l'on emploie d'autres expressions, l'assurée capte tous les contenus. Elle est d'ailleurs dans un grand besoin d'être comprise et l'exprime à plusieurs reprises. Elle acquiesce les reformulations que nous lui faisons pour ce qui concerne les descriptions de son état.

L'échange est vif, l'assurée est concentrée, les focus d'attention sont bien maintenus et il n'y a aucun problème de mémoire. Il y a ici clairement absence d'un trouble cognitif.

Il n'y a pas de trouble formel de la pensée.

Dans les affects l'assurée se présente dans une forte fluctuation. Tantôt elle est euthymique, tantôt neutre avec une touche de terne, tantôt souriante, tantôt attristée et en larmes. Ces états changent assez rapidement et selon les contextes et les contenus abordés. Il peut s'agir ici de sujets affligeants, comme par exemple la réduction du plaisir dans le couple, mais aussi des contextes réjouissants comme par exemple le fait de décrire le bien-être de ses enfants.

Ces observations correspondent tout à fait aux renseignements anamnestiques où l'assurée se dit tantôt touchée par des sujets tristes, tantôt par des sujets joyeux à la télévision par exemple. Autrement dit, nous retenons essentiellement une forte émotivité.

L'assurée nous parle d'une tristesse sous-jacente et existentielle et nous la percevons en partie. Elle s'exprime essentiellement sous forme d'une diminution de joie de vivre et d'une augmentation des questions de sens.

Insistons encore une fois sur le fait qu'il n'y a aucune fixation et permanence. L'assurée retrouve assez régulièrement un sourire et, lorsque s'engage vers la fin de l'entretien une discussion sur la nécessité d'accepter un suivi psychiatrique, elle déploie une argumentation et une écoute différenciées.

Parfois, nous nous heurtons à des défenses caractérielles-infantiles, par exemple lorsqu'elle évoque : "*J'en ai marre des médicaments*". A d'autres moments, elle dit : "*Je n'ai pas envie*" et le point de discussion reste ainsi bloqué.

Il n'y a aucun symptôme de la lignée psychotique.

A part les défenses mentionnées, il n'y a aucun indice pour un trouble de la personnalité dans le sens clinique ou sévère du terme. La relation est adéquate, le cadre maintenu et il existe une petite marge de réflexion et d'introspection.

Nous avons ainsi décrit une femme qui n'est pas dans un registre dépressif défini (les critères principaux ne sont pas remplis), mais qui est essentiellement dans une instabilité et labilité émotionnelle. Ensemble avec son atteinte migraineuse, il existe ici une souffrance authentique qui interroge fortement sur le plan du traitement.

(...)

VII. Discussion :

Nous nous trouvons dans la situation d'une relativement jeune femme de 30 ans qui souffre d'une atteinte migraineuse surtout depuis sa deuxième grossesse, à savoir 2002. Elle a connu auparavant des maux de tête occasionnels, mais la notion du déclenchement de véritables crises avec nausées, aura et vertiges semble être installée depuis ce moment-là.

Il existe une première partie de suivi neurologique en 2003 où les spécialistes ont d'abord introduit la substance de Tryptizol, ensuite de Topamax. Une **amélioration nette a été constatée** à ce moment-là, mais arrêtée ensuite avec la notion de l'introduction d'un antidépresseur par le médecin-traitant (Seropram), comme s'il existait une incompatibilité entre les substances. Or, selon nos renseignements et le Compendium suisse des médicaments, il existe bien une incompatibilité partielle avec l'amitriptyline, mais pas avec les antidépresseurs du type sérotoninergique. Cette réflexion a son importance car la substance topiramate est aussi utilisée dans le but de stabilisation d'humeur.

Avant la poursuite de cette réflexion, s'impose un résumé biographique. Madame N._____ est fille unique de parents biologiques qui ont divorcé lorsqu'elle avait un an. Elle a été éduquée par sa mère restée au [...] et son "beau-père", nouveau mari de sa mère. Il n'y a aucune notion de carence affective particulière.

En parallèle, elle a maintenu dans l'intervalle des vacances un lien très régulier avec son père installé en Suisse et ses trois demi-frères. Elle est venue de son propre choix en Suisse à l'âge de 14 ans et a montré ici une bonne capacité d'adaptation. Sans apprécier l'approche scolaire, elle a appris rapidement le français, les coutumes du pays et a travaillé régulièrement dans le domaine de la restauration, de la vente de légumes et fruits et en tant que caissière-vendeuse dans un magasin de [...].

Elle est devenue mère une première fois en 1999, une deuxième fois en 2002 et son activité principale (cf. "Anamnèse détaillée") est maintenant dans le domaine du cadrage et de l'éducation de ses enfants. D'après toutes les informations, elle assume correctement cette fonction.

A part la problématique migraineuse déjà discutée, il y a l'apparition d'un problème psychique qui a été appelé tantôt "dépressif", tantôt "anxiodépressif".

On peut dire qu'il s'agit ici d'une première approche sans spécialiste en la matière pour désigner un phénomène psychique chez l'assurée. Il s'avère maintenant dans notre examen que nous avons plutôt affaire à une **labilité émotionnelle voire émotivité** tout court. L'assurée est touchée par ce qui se passe autour d'elle, ceci dans le sens positif ou négatif. Il existe peut-être en parallèle un fond de remise en question existentielle, peut-être aussi une tristesse comme elle nous le fait comprendre, mais il ne s'agit pas d'un état dépressif dans le sens clinique et défini du terme ».

Après l'examen des critères spécifiques OMS CIM-10 d'un trouble dépressif, l'expert constate l'absence de critères pour un état dépressif clinique. Il poursuit la discussion comme il suit :

« En admettant donc ladite sensibilité émotionnelle que l'on pourrait aussi nommer fluctuations dysthymiques, il est à relever que l'assurée, malgré la souffrance qu'elle allègue, ne participe pas à la résolution de ses problèmes. D'une part la médication antalgique semble assez confuse, d'autre part elle a arrêté d'elle-même le traitement antidépressif. De plus, il s'est avéré que, contrairement à ses propres dires, elle n'a contacté son médecin-traitant que la veille de l'expertise et ceci après plus d'une année d'intervalle. A juste titre, le Dr F. _____ a dit qu'elle ne pourrait pas prétendre à des prestations de l'assurance invalidité si elle ne collaborait pas.

Il se dégage donc de cette situation une drôle d'impression, celle d'une femme qui semble au moins partiellement souffrante, mais qui de l'autre a des tendances manipulatrices. Il existe également une forte suspicion en faveur d'une recherche de bénéfice secondaire.

On peut retenir d'une part que la situation neurologique pourrait très probablement être améliorée comme le protocole de 2003 l'a bien documenté. Il en est de même pour la partie psychique; il existe une multitude d'interventions thérapeutiques possibles. Mais avec l'expérience faite à ce jour, il est indispensable pour tout médecin qui s'occupera de la situation de Madame N. _____, que le

traitement soit systématiquement surveillé, protocolé et que des dosages médicamenteux soient effectués.

VIII. Diagnostic et conclusions :

Avec l'analyse qui précède, nous arrivons ainsi à la conclusion que l'assurée présente des

- tendances dysthymiques

en dehors de son problème de migraines. Avec les grandes incertitudes et le décalage entre ses dires et ceux de son médecin, rien ne nous permet aujourd'hui de fixer un autre diagnostic.

En conséquence, il n'y a au stade actuel aucune incapacité de travail pour des raisons psychiatriques à retenir.

Si l'assurée continue de mettre sa souffrance en avant, elle a suffisamment de possibilités pour se faire aider, et ceci sous-entend sa volonté et son acceptation qui font justement défaut jusqu'à ce jour ».

Par décision sur opposition rendue le 16 mai 2007, l'OAI a confirmé son premier prononcé, l'assurée ne présentant aucune atteinte à la santé invalidante.

B. Par acte déposé le 22 juin 2007, N._____ a recouru contre cette décision, en concluant avec dépens à son annulation dans le sens d'un droit à une rente d'invalidité, le cas échéant à des mesures professionnelles. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. Elle soutient en substance que l'expertise psychiatrique ne répond pas aux critères de la jurisprudence et que les autres aspects médicaux, notamment la scoliose, ne sont pas pris en compte. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise.

Le 6 août 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours et de la requête d'expertise. L'office observe que le diagnostic de la scoliose a été retenu en tant qu'atteinte sans répercussion sur la capacité de travail et que le contenu de l'expertise psychiatrique du Dr B._____ ne saurait être remis en cause.

Le 13 septembre 2007, la recourante a maintenu ses conclusions quant à la nature notamment incohérente et incomplète de l'expertise du Dr B._____. A l'appui de sa réplique, elle a produit un

rapport médical, établi le 27 août 2007 et signé par le Dr S._____, psychiatre et pédopsychiatre FMH, et la psychologue C._____, qui indique que la patiente a été adressée par le conseil de celle-ci pour un suivi psychothérapeutique. Le rapport expose notamment ce qui suit :

« Douleurs et troubles annoncés

En début du suivi la patiente évoque surtout ses douleurs somatiques et notamment les migraines dont elle souffre de manière quasi continue avec des pics relativement fréquents où la douleur lui est insupportable. Dans ces moments-là elle doit s'isoler, rester alitée et bien souvent s'enferme dans sa salle de bain en laissant couler l'eau pour ne pas entendre les bruits du monde environnant. Elle dira en effet être facilement pour ne pas dire continuellement irritée par les moindres bruits mais aussi par la lumière, demandant de fait à être assise le dos tourné à la fenêtre, durant les entretiens. Elle évoque également une nervosité accrue et se décrit comme étant à fleur de peau continuellement mettant l'ensemble de sa famille dans un état de "qui vive". Elle souligne également son incompréhension face à son état car son histoire de vie ne peut d'après elle expliquer de telles réactions. Persuadée que son état est dû à une perturbation d'ordre organique, elle recherche constamment les raisons de son mal-être et ne peut comprendre qu'aucun substrat organique n'a été relevé.

Par ailleurs, la patiente souligne une grande tristesse, à nouveau inexplicable si ce n'est en raison de son état psychique et physique. La perte de toute motivation et volonté de vivre est également remarquée, ses enfants étant sa seule raison de vivre et ce qui l'oblige de continuer à vivre. L'idéation suicidaire est présente comme étant la seule issue de sa situation mais, pour ses enfants, elle n'a jamais, du moins consciemment, tenté de passer à l'acte.

Madame N._____ évoque également d'importantes perturbations sur le plan de son sommeil. L'endormissement lui est extrêmement pénible et les réveils durant la nuit sont très fréquents. Souvent elle ne dort que 2-3 heures durant la nuit avec un sommeil de très mauvaise qualité, la présence de cauchemars violents et des brusques réveils souvent en larmes ou en criant. De fait elle est extrêmement fatiguée et se sent très faible continuellement.

La patiente souligne également d'importantes perturbations sur le plan de l'alimentation, avec une prise de repas irrégulière, de fréquents vomissements.

Plus tard elle évoquera d'autres troubles et notamment une grande anxiété concernant différents domaines de sa vie et étant présente au quotidien. Elle dira par exemple avoir peur de la nature ce qui se précisera comme étant une crainte des éléments naturels mais aussi des "choses surnaturelles". La patiente note alors sa peur des nuages, de la nuit, de la solitude... Elle est hyper anxieuse lorsqu'elle doit laisser ses enfants seuls et les appelle toutes les 5 minutes. De même et à chaque fois lorsqu'elle entend des sirènes des ambulances, elle ne peut s'empêcher d'appeler toutes les personnes de sa famille pour savoir si elles vont bien.

Dans la même lignée et difficilement elle évoque l'impression d'être suivie, ce qui est par ailleurs souvent l'objet de ses cauchemars. Craignant de devenir folle, elle ne fait pas part de ses sensations à son entourage ni par ailleurs aux personnes l'ayant soignée ou la soignant. De même elle a régulièrement l'impression de voir quelqu'un à côté d'elle dans le lit alors que son mari est absent (en effet de temps à autre il travaille la nuit en tant que [...]). Ou encore et à de maintes reprises, elle a cru entendre quelqu'un frapper à la porte puis réalise que ce n'était pas le cas en allant l'ouvrir.

Actuellement et déjà à deux reprises elle décrit des événements qu'elle a beaucoup de peine à relater, des événements où elle a l'impression de perdre connaissance et de ne pas savoir où elle est. Elle dira en effet être d'un instant à l'autre dans un flou total, ne pas savoir qui elle est ni où elle se trouve et être prise de panique. La dernière fois un événement similaire s'est produit durant la nuit et elle se souvient avoir été dans la salle de bain puis ce fût le trou de mémoire durant une quinzaine de minutes où elle a paniqué et en pleurant tenté d'accéder à sa salle de bain, seul endroit où elle se sent en sécurité. Une fois qu'elle a repris conscience, elle s'est vue prostrée à l'entrée de sa salle de bain avec ses médicaments éparpillés autour d'elle sans pouvoir se souvenir si elle en a ingurgité. Prise de peur, elle a téléphoné à son mari qui a dû quitter son lieu de travail pour venir la rejoindre.

Status

Nous sommes en présence d'une jeune femme de 31 ans, faisant plus que son âge. Son visage est marqué avec de très importantes cernes sous les yeux, une expression fatiguée et triste. Elle est de petite taille, d'apparence maigre, vêtue correctement.

Elle est collaborante tout en demandant que l'on respecte si elle n'a pas envie d'aborder certains thèmes ou qu'elle n'a pas envie de converser du tout. Elle paraît en effet très résistante les premières séances, ne se livrant que partiellement et affirmant être persuadée que rien ni personne ne peut l'aider, envisageant son état comme un coup du sort et se contenant de demander si l'on trouvait une telle ou telle perturbation normale. Etant persuadée qu'en parler ne va rien changer mais estimant arriver à un stade plus que critique, elle se dit prête à tenter même un travail psychothérapeutique.

Sa posture reste relativement figée avec des moments d'accélération aux niveaux de ses bras qu'elle peut secouer énergiquement pour accompagner certains de ses dires. Le restant du temps, sa motricité est ralentie avec des phases de tension musculaire visible notamment lorsqu'elle évoque ses angoisses, sa souffrance et le ras-le-bol de sa vie. La patiente parle d'une voix forte et stridente avec des crises de larmes ponctuelles qu'elle tente de contenir en tentant alors de changer de thème. Nous constatons en effet une thymie triste, se rapprochant davantage du désespoir total.

Nous notons par ailleurs des excès de colère souvent à son propre égard. Le plus clair du temps, la patiente est larmoyante ou dépassée par les événements subis dans une incompréhension totale.

Le cours de la pensée est ralenti avec des indications d'un relâchement des associations. Le contenu de la pensée est congruent avec son cours.

La présence des idées noires est marquée et verbalisée, accompagnée d'une impossibilité de la patiente de s'en détacher malgré sa volonté. Elle imagine et pense souvent sa mort comme l'unique possibilité de se délivrer d'une existence trop lourde à porter. L'idéation suicidaire est scénarisée mais il n'y a jamais eu de passage à l'acte actif, à cause ou pour ses enfants d'après la patiente.

Nous constatons également des troubles de perception dans la mesure où sa réalité est régulièrement déformée par des images ou encore des hallucinations auditives, la patiente entendant des voix dans une sorte de cacophonie sans pouvoir distinguer des dires particuliers. Prenant conscience de l'inexistence de ce qu'elle voit ou entend, la patiente est d'abord dans un état de panique, d'hyper vigilance et de tétanisation. La prise de conscience de l'irréalité de sa perception engage un relâchement des tensions psychiques et une rechute dans un état de désespoir et de prostration.

Nous constatons en effet d'importants et fréquents symptômes de la lignée psychotique dont par ailleurs la patiente a conscience, qui l'angoissent et lui font penser qu'elle devient folle, raison pour laquelle elle n'en a jamais parlé à son entourage et qu'elle est très réticente à en faire part au corps médical.

Diagnostic

F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
F40.9 Trouble anxieux phobique sans précision

(...)

Discussion et pronostic

Madame N. _____ nous paraît collaborante et investit relativement bien la relation thérapeutique, dans le sens où elle se livre, d'après ses dires pour la première fois et qu'elle semble prête à engager une relation de confiance et à faire confiance au corps soignant. Nous pouvons en effet facilement comprendre ses résistances à en faire part autrement, largement influencées et dictées par sa vision de la folie mais aussi son désir quasi inconditionnel de paraître normale et ne pas inquiéter son entourage.

Cependant l'état psychique de la patiente est fort fragile, et est actuellement critique que nous pouvons relier partiellement à une réaction face à l'engagement dans un début de travail psychothérapeutique.

Nous avons en effet la certitude de la véracité des expressions de la patiente en tant que souffrance extrême sans que cela puisse être mis en relation avec un quelconque événement extérieur survenu dans son histoire de vie.

De même il ne nous semble aucunement que la patiente soit à la recherche d'un bénéfice secondaire mais recherchant au contraire et désespérément une solution à ses problèmes de santé qui lui permettrait de récupérer son "état d'avant" et de mener une existence "normale".

Pour conclure nous dirons en effet que le pronostic à long terme et d'un point de vue psychiatrique peut être favorable dans la mesure où la patiente continuera à bénéficier d'un soutien psychologique et médicamenteux adéquat et dans la mesure où elle pourra être reconnue dans l'expression de ses souffrances et difficultés soient-elles d'ordre somatique ou psychologique, ce qui pourra contribuer à lui donner une aide adéquate ».

Dans sa duplique du 25 octobre 2007, l'OAI a maintenu ses conclusions et produit un avis médical du Service médical régional AI, à Vevey (ci-après : SMR), du 15 octobre 2007. Il observe que le rapport établi par la psychologue C. _____ et contresigné par le Dr S. _____ fait état de troubles annoncés par l'assurée qui diffèrent considérablement de l'anamnèse médicale de l'expertise du Dr B. _____, mais que le status est concordant avec celui décrit par l'expert. Il estime que la description du status ne correspond pas à un épisode dépressif tel que défini dans la CIM-10 sous F32, à savoir « humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins deux semaines ». Il ajoute que l'épisode dépressif peut également comporter une modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement, mais pas l'alternance des deux états au cours d'un même entretien. Il relève en particulier que si l'état dépressif est si sévère et le risque suicidaire aussi important qu'allégué, il n'est pas explicable que non seulement aucune hospitalisation psychiatrique n'ait été imposée, mais encore que la responsabilité du traitement médicamenteux soit laissée au médecin traitant. En conclusion, il estime que les diagnostics retenus reposent sur une anamnèse à laquelle on ne peut accorder aucun crédit et qui ne remplissent pas les critères d'une classification internationale reconnue.

Le 17 décembre 2007, la recourante a produit une lettre du Dr S. _____ et de la psychologue C. _____ du 11 décembre 2007 adressée à son conseil, maintenant les conclusions de leur rapport. Ils indiquent notamment qu'il s'agit d'une psychothérapie déléguée élaborée en étroite collaboration avec le Dr S. _____ et que certains entretiens se sont déroulés en commun. Dès lors que la patiente est opposée à une

hospitalisation, ils estiment plus judicieux de préserver l'alliance thérapeutique installée et d'élaborer ensemble avec elle un éventuel séjour en milieu hospitalier. Quant à la médication, ils expliquent procéder de cette manière lorsque le traitement a été introduit par un médecin pour éviter de créer davantage de confusion chez le patient.

Ces rapports et lettres ont été soumis au Dr B. _____ qui a complété son expertise le 12 mai 2008 comme il suit :

« Je constate que, dans cette situation conflictuelle depuis 2005, il y a une forte mobilisation après mon expertise de janvier 2007 et le positionnement de l'office AI; l'assurée a été adressée au cabinet S. _____ / C. _____ par son mandataire juridique pour un suivi psychothérapeutique, suivi qui devient ensuite source de contestation de l'expertise et des conclusions de l'office AI. D'une manière générale, je constate pour les contenus une argumentation d'aggravation ainsi qu'une dramatisation à un tel point que l'assurée apparaît gravement dépressive, psychotique et proche d'une nécessité d'hospitalisation.

La grande majorité des notions se basent sur les énoncés de l'assurée qui, dans le cadre de la confiance de la relation thérapeutique, évoque différentes craintes, impression que quelqu'un est à côté d'elle alors que son mari est absent, que quelqu'un frappe à sa porte, etc. Ces éléments sont ensuite compris par les soignants comme "hallucinations" et l'assurée devient en conséquence "psychotique".

J'applique pour de tels éléments relatés la plus grande prudence, car un terme de "psychotique" peut stigmatiser un patient pour toute sa vie. Il est aussi communément admis (dans la pratique psychiatrique) qu'un tel terme ne devrait être appliqué qu'après au moins deux hospitalisations ou vérifications extérieures.

En aucun cas, des états de "flou" décrit entre la réalité extérieure et intérieure peuvent justifier tel quel un diagnostic de ce type. Rappelons ici que de nombreuses situations très différentes peuvent produire ce type de phénomène, par exemple la fièvre, la consommation de cannabis ou d'autres substances à effet psychotropes, des médicaments, des sevrages, des états d'anxiété, la privatisation sensorielle, etc.

Pour Madame N. _____, il me semble que les deux dernières notions expliquent une bonne partie de la symptomatologie et il n'y a pas nécessairement lieu de la mettre dans un registre de "folie". Elle panique certainement par moments (description détaillée 3^{ème} page lettre Mme C. _____), mais elle n'est ni en permanence ni en observation dans un tel état pathologique.

En ce qui concerne la sévérité de l'état dépressif, j'ai appliqué précisément les critères de l'OMS (page 18 et 19 de l'expertise) et j'ai argumenté en détail mes conclusions. La lecture des deux descriptions cliniques, ceci sans tenir compte des énoncés de l'assurée, montre effectivement de fortes similitudes et surtout le

niveau énergétique maintenu par contre un état dépressif clinique sévère. Rappelons dans ce contexte que l'expert est toujours pour une grande partie de son temps médecin psychiatre traitant et est ainsi régulièrement en face de pathologies de ce type.

Relevons ensuite que le cabinet C. _____/S. _____ n'entre pas du tout dans les éléments de contre vérité que j'ai objectivés et dont parle aussi le médecin traitant, Dr F. _____. Une personne qui est sous forte et véritable "pression de souffrance" met tout en oeuvre pour se faire aider et ceci en dehors des enjeux asséculogiques ou autres. Une amélioration de l'état de l'assurée a été clairement objectivée en 2003 et il est en analogie tout à fait imaginable que son état puisse être amélioré encore ultérieurement s'il le nécessite.

Pour ces mêmes raisons et avec les lacunes de collaboration, j'ai clairement postulé dans mon expertise que les traitements éventuels doivent être systématiquement protocolés et surveillés (cf explication page 19 de l'expertise). Vu les éléments apportés et objectivés de l'extérieur, on ne peut, dans cette situation, plus simplement partir de la "présomption de véracité".

Avec ces remarques et observations, je réponds aux questions de l'AI comme suivant :

- 1) Les diagnostics posés par le cabinet C. _____/S. _____ ne correspondent pas aux constats et diagnostic de ma part. Pour exactitude et bonne forme, rappelons qu'ils ont été établis à une période différente.
- 2) J'ai expliqué en détail que, même si un tableau plus dramatique devait exister, il est tout à fait susceptible d'être amélioré, ceci sous condition de collaboration de l'assurée et vérifications comme mentionné. Un véritable suivi psychothérapeutique, comme commencé, est d'ailleurs un excellent moyen supplémentaire. Ceci est aussi applicable pour la problématique anxieuse qui semble davantage en vigueur maintenant.
- 3) Avec les arguments que j'ai développés, je me permets de douter de la vision très dramatique et sévère ».

L'OAI a produit un avis médical du 28 mai 2008 du SMR qui observe notamment que dans son dernier rapport, l'expert explique que la grande majorité des notions se basent sur les énoncés de l'assurée, ce qui revient à souligner le défaut d'objectivité lié à la relation thérapeutique. Il relève également que l'expert conteste formellement le diagnostic de symptômes psychotiques en démontrant très clairement la dérive, partant d'une allégation de l'assurée devenant hallucination pour enfin aboutir au diagnostic de symptômes psychotiques. Il ajoute que les incohérences et les lacunes de collaboration de l'assurée sont totalement ignorées par la psychologue C. _____ et le Dr S. _____, ce qui rend inapplicable la présomption de véracité. Il en conclut qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée n'est nullement rendue plausible et que les conclusions de l'expert ne sauraient être remises en question.

La recourante a produit une lettre datée du 5 juin 2008 adressée à son conseil par le Dr S. _____ et la psychologue C. _____, lesquels admettent que la grande majorité des notions se basent sur les énoncés de leur patiente, mais que les attitudes de crainte et d'anxiété de celle-ci sont fort visibles en séance de même que la symptomatologie dépressive (par des pleurs quasi constants, des sanglots...). Ils contestent avoir posé un diagnostic de psychose, mais de dépression sévère avec la présence d'une forte symptomatologie psychotique ou de la lignée psychotique. Enfin, ils relèvent que la confiance exprimée par la patiente en leur livrant ses souffrances, ses craintes et ses questionnements longtemps enfermés, ne prouve pas qu'elle ait cherché un allié dans ses démarches administratives, mais qu'elle a enfin trouvé un lieu où elle peut se livrer indépendamment des conséquences ou effets que cela aura sur les issues de ses démarches administratives et asséculoologiques, son but principal restant la guérison et la récupération d'un état psychique qui lui permettrait de fonctionner normalement et de manière stable, pronostic qu'ils estiment possible avec un soutien psychologique soutenu et une médication adéquate, sous contrôle et régulièrement réévaluée.

E n d r o i t :

- 1.** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.
- 2.** La question à examiner est celle du droit à la rente et à des mesures professionnelles.
- 3.** **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et

4 al.1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur depuis le 1^{er} janvier 2004, les personnes assurées ont droit à une rente entière si elles sont invalides à 70 % au moins, à trois quarts de rente si elles sont invalides à 60 % au moins, à une demi-rente si elles sont invalides à 50 % au moins ou à un quart de rente si elles sont invalides à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a et les références citées).

4. Sur le plan somatique, le Dr F._____ a diagnostiqué une scoliose sinistro-convexe de la colonne dorsale, en précisant que ce diagnostic n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Il n'y a aucun autre avis médical infirmant cette appréciation.

S'agissant des céphalées, l'expert P._____ estime que la capacité de travail est complète et que les crises peuvent occasionner des absences de 1 ou 2 jours, toutefois sans que cela ne conduise à une incapacité de travail à long terme. De même, le Dr D._____ relève que la migraine sans aura est une maladie fréquente, qui prise isolément, n'est pas un motif suffisant pour justifier une invalidité, bien que cette maladie puisse être parfois invalidante.

En conséquence, la capacité de travail de la recourante est entière sur le plan somatique.

5. Sur le plan psychique, le Dr B._____ pose le diagnostic de tendances dysthymiques. Il ne retient pas d'incapacité de travail.

La psychologue C._____ et le Dr S._____ diagnostiquent un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et un trouble anxieux phobique sans précision. Les éléments objectifs constatés tant par l'expert d'une part et les praticiens consultés par la recourante d'autre part montrent de grandes similitudes. La divergence de diagnostics est due au fait que ces praticiens se fondent sur les plaintes de la recourante, savoir sur des éléments subjectifs pour fonder leurs diagnostics. L'expert relève que tel est le cas du diagnostic de symptômes psychotiques, celui-

ci partant d'une allégation de l'assurée, comprise par les soignants comme hallucination. En ce qui concerne la sévérité de l'état dépressif, l'expert a appliqué précisément les critères de l'OMS (pages 18 et 19 de l'expertise) et argumenté ses conclusions. Il rappelle en outre que le niveau énergétique maintenu parle contre un état dépressif clinique sévère. En revanche, les critères de l'OMS ne sont examinés ni par la psychologue C._____ ni par le Dr S._____. L'expert relève que l'assurée, malgré la souffrance qu'elle allègue, ne participe pas à la résolution de ses problèmes dès lors que, d'une part, la médication antalgique semble assez confuse et que, d'autre part, elle a arrêté d'elle-même le traitement antidépressif. Il observe également que, contrairement aux propres dires de la recourante, il s'est avéré qu'elle n'avait contacté son médecin-traitant que la veille de l'expertise et ceci après plus d'une année d'intervalle. Les incohérences et les lacunes de collaboration de l'intéressée ne sont pas prises en compte par la psychologue C._____ et le Dr S._____ qui se fondent sur la présomption de véracité sans autre examen.

Il faut en outre relever qu'il ne résulte pas du dossier que la recourante a consulté le Dr S._____ et la psychologue C._____ avant ou pendant la procédure devant l'OAI. Dans son acte de recours, elle n'allègue pas non plus être suivie par un psychiatre. Ce n'est qu'après le dépôt du recours et par l'intermédiaire de son conseil qu'elle a consulté ces praticiens, savoir après qu'une expertise qui lui était défavorable a été effectuée et qu'une décision, qui l'était également, a été rendue. Il apparaît ainsi que le Dr S._____ et la psychologue C._____ ont été consultés dans des circonstances particulières lesquelles ne sont pas prises en compte non plus par ces praticiens.

Leurs rapports, insuffisamment documentés, ne sauraient en conséquence être suivis.

Au surplus, il y a lieu de relever que les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confident

privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Au demeurant, la recourante n'explique pas en quoi l'expertise serait incohérente, lorsqu'il est décrit dans les observations cliniques que la recourante est « tantôt euthymique, tantôt neutre avec une touche de terne, tantôt souriante, tantôt attristée et en larmes » et que ces états changent « assez rapidement et selon les contextes et les contenus abordés », l'expert expliquant qu'il peut s'agir de sujets affligeants, comme par exemple la réduction du plaisir dans le couple, mais aussi des contextes réjouissants comme par exemple le fait de décrire le bien-être de ses enfants. En outre, on ne voit pas non plus que le fait que l'expert mentionne percevoir en partie la tristesse sous-jacente et existentielle dont lui parle la recourante signifie qu'il reconnaît ne pas bien saisir tous les aspects de l'affection médicale comme l'allègue la recourante. De l'avis de cette dernière, l'expert avoue sa perplexité et se montre imprécis quand il mentionne qu'avec l'atteinte migraineuse, il existe une souffrance authentique qui interroge fortement sur le plan du traitement. Il s'agit-là, comme les autres passages relevés par la recourante, uniquement d'observations cliniques et non de la discussion, ni des conclusions de l'expertise. Les critiques de la recourante apparaissent ainsi dénuées de fondement.

Enfin, l'expertise du Dr B. _____ comporte une anamnèse, fait état des plaintes de la recourante, a été effectuée en connaissance de l'entier de son dossier et procède d'une étude approfondie du cas de l'intéressée. Elle est exempte de contradictions et ses conclusions, claires et motivées, sont convaincantes. L'expertise remplit ainsi tous les réquisits posés par la jurisprudence, ce qui lui confère pleine valeur probante.

Il résulte de ce qui précède qu'aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique ne doit être retenue.

6. Le juge peut renoncer à un complément d'instruction si les investigations à effectuer d'office l'amènent, par une appréciation consciencieuse des preuves, à la conviction que la probabilité de certains faits doit être considérée comme prédominante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier ce résultat (RAMA 1993, U170 p. 136, consid. 4a; ATF 104 V 209; Gygy, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} éd., p. 274; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 120 Ib 224 consid. 2b). Une telle manière de procéder ne constitue pas une violation du droit d'être entendu (ATF 106 la 162 consid. 2b).

En l'espèce, la documentation médicale produite au dossier est complète, permettant ainsi au tribunal de statuer. Par conséquent, il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction. La requête d'expertise déposée par la recourante doit dès lors être rejetée.

7. Aucune invalidité n'étant dès lors établie, c'est à juste titre que l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par la recourante, dont le recours doit être rejeté.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision attaquée est confirmée.

III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré, avocat (pour N. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :