

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 mai 2011

Présidence de M. NEU
Juges : MM. Monod et Perdrix, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

G. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Catherine Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1945, divorcé, employé auprès du Service du [...] de la ville de [...] jusqu'au 31 octobre 2006, a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 30 mai 2006, au motif d'une incapacité totale de travail d'origine malade (dysfonction digestive et fatigue chronique) dès le 18 avril 2006.

Selon rapport médical du 3 juillet 2006 du Dr L._____, spécialiste FMH en médecine générale et pédiatrie, médecin traitant, l'activité exercée n'était plus exigible de la part de l'assuré à l'instar de quelque autre activité. Dans son rapport médical établi le 6 juin 2006, le Dr F._____, consultant au centre médical du [...], médecin traitant, a partagé l'avis de son confrère, indiquant que l'amélioration de la capacité de travail de l'assuré par le biais de mesures médicales avait été tentée sans succès durant plusieurs années.

Dans son rapport médical établi le 19 juillet 2006 à l'attention du Dr F._____, consécutif à une ileo-coloscopie et une oeso-gastro-duodénoscopie pratiquées le même jour, le Dr D._____, spécialiste FMH en gastroentérologie et médecine interne, a conclu à l'absence d'inflammation macroscopique susceptible d'expliquer la diarrhée chronique ainsi que les douleurs abdominales de l'assuré. Il a précisé n'avoir aucun argument endoscopique indirect dans le sens d'une maladie de reflux. Ce praticien a par ailleurs relevé que les biopsies étagées du cadre colique et les biopsies duodénales permettaient d'exclure une colite microscopique et une maladie coeliaque.

Selon un avis médical du 21 novembre 2006, le SMR (Suisse romande) a indiqué à l'intention de l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), la nécessité de circonscrire les atteintes à la santé de l'assuré et ses possibles limitations fonctionnelles par la mise en œuvre d'une expertise médicale à confier au Centre d'Observation Médicale de l'Assurance Invalidité (COMAI) auprès de la clinique C._____ à [...].

Celle-ci a rendu son rapport le 11 juin 2007, après une étude du dossier médical de l'assuré et un examen médico-psychologique ainsi qu'un examen gastro-entérologique pratiqués le 26 février 2007 par les Drs B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et K._____, spécialiste FMH en gastroentérologie. De ce rapport, on extrait ce qui suit:

"5. Appréciation du cas et pronostic

Suite à leurs examens cliniques respectifs en date du 26 février 2007, les experts mandatés, le Docteur K._____, spécialiste FMH en gastroentérologie, et le Docteur B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie sont réunis pour une discussion interdisciplinaire. Ci-dessous ce qu'il ressort de leur échange.

On est en présence d'un assuré de 61 ans présentant des plaintes douloureuses digestives depuis au moins 36 ans, mais ne l'ayant pas empêché de travailler jusqu'en 2003. A partir de cette date, cette symptomatologie douloureuse aurait augmenté, selon les dossiers médicaux à disposition, sous la forme d'irradiations douloureuses atypiques, de maux de tête, de troubles de la vision et même de douleurs dentaires. De telles plaintes douloureuses ne sont plus retrouvées dans l'anamnèse actuelle de l'exploré.

Sur le plan gastroentérologique, tous les examens réalisés à ce jour, dont les derniers datent de 2006, ont permis d'écartier des diagnostics sérieux tels qu'une gastrite chronique, une maladie coeliaque, une iléite chronique ou une colite microscopique, voire lymphocytaire ou à collagène. En outre, les analyses des selles ont exclu une stéatorée, une déperdition potassique, les infections bactériennes et les parasites endoluminaux. On pourrait toutefois encore effectuer à titre investigatif, une recherche de la toxine Clostridium difficile. On ne peut pas par ailleurs penser à l'existence d'une diarrhée sécrétoire.

La dernière hypothèse restant ouverte est celle d'une diarrhée biliaire post-cholécystectomie. A ce titre, les experts signalent qu'un traitement de cholestyramine permet en général de régler très facilement ce problème mineur. On doit également conseiller à l'assuré d'interrompre son traitement laxatif puisqu'il est bien entendu évident que celui-ci peut favoriser les diarrhées et les douleurs abdominales, si l'on songe au Colosan®(sterculia). Les experts, mandatés dans le cadre de cette expertise, sont d'ailleurs d'avis qu'il n'est pas impossible, vu les traits de personnalité de l'examiné, que celui-ci abuse de ce médicament, car il a une tendance naturelle à vouloir contrôler ce qui lui arrive et donc à penser que ce laxatif pourrait l'aider.

Sur le plan strictement psychiatrique, il est précisé dans un premier rapport l'émotivité importante de l'expertisé (Docteur R._____), qui ressent très intensément les problèmes de la vie quotidienne (Docteur F._____. Il est également décrit le perfectionnisme et la scrupulosité de l'exploré, ce qui est une qualité, mais également une source de souffrance. Les présents experts ont pu eux-mêmes constater le souci du détail, des règles, le perfectionnisme et la méticulosité de l'exploré à donner des détails peut-être même parfois insignifiants dans son anamnèse et à faire preuve d'une prudence excessive, ne souhaitant pas induire l'expert en erreur. On

observe aussi cinq critères pour le diagnostic de personnalité anankastique selon l'OMS [Organisation mondiale de la Santé].
[...]

La personnalité anankastique est un profil de personnalité qui est, dans le cas d'espèce, non décompensé, non pathologique, et qui n'est pas constitutif d'une quelconque forme d'handicap dans l'activité professionnelle de Monsieur G._____. Sa capacité de travail d'un point de vue psychiatrique est donc entière.

B. Influence sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Les deux experts mandatés sont d'avis qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles significatives, tant sur le plan somatique que psychique. [...]

2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

Tant sur le plan gastroentérologique que psychiatrique, dans son ancien emploi, en l'absence de diagnostic invalidant, les experts sont d'avis que l'assuré a encore 100% de capacité de travail pour un emploi exercé 8 heures par jour.

3. En raison de ses troubles, la personne assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Il n'y a pas de baisse de rendement dans l'ancien emploi du Programme Communal d' [...]."

Dans un avis médical du SMR du 4 juillet 2007, le Dr H._____ a tenu le rapport d'expertise précité pour convaincant, fouillé, avec soucis du détail, retenant ainsi une capacité de travail entière de l'assuré sans baisse de rendement dans l'exercice de son activité antérieure.

Par projet de décision du 12 juillet 2007, l'OAI a préavisé dans le sens du rejet de la demande de prestations en concluant au regard de l'instruction sur le plan médical, à l'absence d'invalidité au sens des articles 4 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) et 8 LPGa (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1). Par écriture de son conseil du 10 septembre 2007, à laquelle était notamment joint un courrier du Dr L._____ (médecin traitant) daté du même jour, l'assuré a fait part d'objections motivées. Il relevait en particulier que les conclusions de l'expertise C._____ s'inscrivaient en complète contradiction avec celles déposées par les différents médecins traitants, mettant ainsi en doute la valeur probante du rapport d'expertise interdisciplinaire du 11 juin 2007. Disposé à se soumettre à une nouvelle expertise, l'assuré était d'avis que l'OAI aurait dû se distancer des conclusions de l'expertise et ne retenir que les appréciations émises par les différents médecins traitants. Par

correspondance du 8 septembre 2008 de son conseil, l'assuré a encore produit une attestation médicale du Dr L._____ rédigée le 5 septembre 2008 à teneur de laquelle, l'apparition d'une affection médicale nouvelle (manifestation de tâches rouges sur les cuisses lors de fatigues et après un effort prolongé accompagnées de fortes démangeaisons) devait nécessiter de nouvelles investigations. Invité par l'OAI à se déterminer sur les objections de l'assuré ainsi que sur la nouvelle pièce médicale transmise le SMR a, dans un avis médical du 16 octobre 2008, objectivé que le Dr L._____ se bornait à exprimer son désaccord avec les appréciations de l'expert psychiatre sans motivation ni justification, de sorte que les conclusions de l'avis médical SMR du début juillet 2007 restaient inchangées.

Par décision du 20 octobre 2008, l'OAI a informé l'assuré du rejet de sa demande en se fondant sur l'argumentaire développé par le SMR dans son avis médical du 16 octobre 2008, confirmant ainsi les conclusions de son projet du 12 juillet 2007.

B. Le 19 novembre 2008, l'assuré forme recours contre la décision précitée. Il conclut principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu dès le 18 avril 2007, intérêts à 5% l'an en sus. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision litigieuse avec renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires. A ce titre, le recourant requiert la production par le médecin-conseil de l' [...] de [...] de l'intégralité de son dossier ainsi que la mise en œuvre, par le tribunal saisi, d'une expertise médicale portant sur l'évaluation de sa capacité de travail dans son ancienne activité, voire dans une activité tierce adaptée à l'ensemble de ses limitations fonctionnelles.

Par réponse du 20 janvier 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours et de la demande d'expertise, étant d'avis que les arguments développés par le recourant n'étaient pas de nature à remettre en cause sa position.

A la demande du juge instructeur, le dossier du médecin-conseil de l' [...] de la ville de [...] a été produit le 27 mars 2009.

Par réplique du 30 juin 2009, le recourant a confirmé ses conclusions. A l'appui de son écriture, il produit un rapport d'expertise psychiatrique du 17 mai 2009 établi à sa demande par le Dr A._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel se fonde sur l'étude de l'ensemble du dossier et deux examens cliniques. S'agissant des limitations en lien avec les troubles constatés et leur influence sur la capacité de travail du recourant, cet expert se distancie des conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire des Drs K._____, et B._____, estimant que compte tenu des troubles psychiques affectant l'assuré (trouble hypocondriaque [F45.2], trouble mixte de la personnalité avec traits anankastiques et anxieux [F61.0]), celui-ci n'est plus à même de travailler dans le monde économique, sa capacité résiduelle de travail pouvant être estimée à 25% tout au plus, ce dans une activité à mi-temps sans responsabilités ni exigences de rendement importantes. Cet expert précise que l'incapacité de travail de 50% depuis mai 2003 est devenue complète et définitive à compter du mois de juillet 2006, sans que des mesures de réadaptation professionnelle puissent entrer en considération.

Par duplique du 28 septembre 2009, l'Office intimé a fait sien un avis médical SMR du 3 septembre 2009, stigmatisant une motivation insuffisante de l'expertise privée précitée et confirmant ainsi les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire des Drs K._____, et B._____ du 11 juin 2007.

Invité par le juge instructeur à se déterminer sur la réplique de l'OAI et sur le dernier avis médical produit par le SMR, le Dr A._____ a confirmé dans un courrier du 12 octobre 2009, la teneur de ses observations cliniques ainsi que les conclusions de son rapport d'expertise psychiatrique.

Le 4 novembre 2009, une expertise judiciaire a été confiée au Dr N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a

procédé à deux examens cliniques les 20 janvier et 3 mars 2010, et mis en œuvre un consilium dermatologique du 22 février 2010. Du rapport d'expertise de synthèse, établi le 6 mars 2010, on extrait ce qui suit:

"[...]

Diagnostics

Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir les diagnostics de:

- Trouble somatoforme indifférencié (F45.1)
- Trouble personnalité obsessionnelle-compulsive (F60.5)

Résumé du cas

[...]

Sur le plan psychiatrique, la symptomatologie est pauvre. L'assuré réfute d'ailleurs toutes difficultés psychologiques autres que celles liées aux conséquences de sa problématique digestive.

Une expertise médicale du 11.06.2007 [des Drs K. _____ et B. _____] retient la personnalité anankastique et des troubles fonctionnels digestifs. Elle réfute l'incapacité de travail. Une autre expertise du 17.05.2009 [du Dr A. _____] note le trouble hypochondriaque et le trouble mixte de la personnalité avec traits anankastiques et anxieux et retient une incapacité de travail entière.

L'assuré est aujourd'hui sans traitement autre qu'un extrait de plantes médicinales et sans médecin traitant. L'état de santé est quant à M. G. _____ plutôt stationnaire et sans amélioration notable depuis des années.

Appréciation diagnostique

Au terme de son investigation, le soussigné retient les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié et d'un trouble de personnalité obsessionnelle- compulsive tout en soulignant que ce dernier trouble est à la limite inférieure du seuil diagnostique.

Cette appréciation diagnostique n'est pas fondamentalement différente de ce qui a été retenu jusqu'ici au dossier.

- Trouble somatoforme indifférencié

Le trouble somatisation, qui est une entité différente du trouble somatoforme indifférencié, est un tableau clinique constitué d'un ensemble de plaintes somatiques, multiples, récurrentes et non expliquées par une affection médicale générale. S'il y a une atteinte corporelle, elle n'a pas la sévérité permettant d'expliquer l'importance des symptômes présentés par le sujet en cause.

Le trouble somatisation débute en général avant l'âge de 30 ans. Le diagnostic n'est retenu que si le tableau clinique dure plusieurs années. La CIM-10 pose l'exigence d'un minimum de deux ans.

Lorsqu'on est en présence d'un tableau clinique proche du trouble somatisation, sans en avoir strictement les critères, les ouvrages diagnostiques de référence ont prévu une entité diagnostique ad hoc qui est nommée trouble somatoforme indifférencié.

Cette entité diagnostique de trouble somatoforme indifférencié permet de désigner les situations où le début de la symptomatologie survient après l'âge de 30 ans. Elle permet aussi de noter les situations où la durée du trouble est plus courte que dans le trouble somatisation. Elle permet enfin de rapporter les situations où le nombre de symptômes est moins grand et touche moins de systèmes que dans le trouble somatisation.

Les critères diagnostiques de ce trouble sont repris dans le Tableau 1 ci-après:

Tableau 1

Le trouble somatoforme indifférencié (DSM-IV-TR 2003 [American psychiatric association, manuel diagnostique et statique des troubles mentaux, Paris 2003]).

A. Une ou plusieurs plaintes somatiques (par exemple une fatigue, une perte de l'appétit, des symptômes gastro-intestinaux ou urinaires).

B. Soit 1, soit 2

1. après des examens médicaux appropriés, les symptômes ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale connue ni par les effets directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à abus ou un médicament)

2. quand il existe une relation avec une affection médicale générale, les plaintes somatiques ou l'altération du fonctionnement social ou professionnel qui en résulte sont nettement disproportionnées par rapport à ce que laisseraient prévoir l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires.

C. Les symptômes sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. La durée de la perturbation est d'au moins six mois.

E. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (par exemple un autre trouble somatoforme, une dysfonction sexuelle, un trouble de l'humeur, un trouble anxieux, un trouble du sommeil ou un trouble psychotique).

F. Le symptôme n'est pas produit intentionnellement ou feint (comme dans le trouble factice ou la simulation).

Dans le cas présent, la présentation clinique de l'assuré est suffisamment typique pour que le trouble somatoforme indifférencié soit retenu sans aucun doute, dans la mesure où l'on se réfère au Tableau 1 ci-dessus.

Tout au long du dossier, il est en effet question de troubles digestifs fonctionnels ce qui, dans les usages médicaux, signifie que les bases organiques objectives sont insuffisantes à expliquer les plaintes et les limitations du sujet en cause. On n'a jamais démontré d'affection biomédicale et des lésions qui fonderaient la symptomatologie présentée par M. G. _____.

Les plaintes sont par ailleurs typiques du trouble somatoforme indifférencié puisqu'il y a la fatigue et les symptômes digestifs (diarrhées, douleurs abdominales) constamment mentionnées dans l'histoire médicale de M. G. _____.

Cette symptomatologie est aussi à l'origine d'une souffrance significative. Elle dure depuis des années. Elle n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental. Rien n'indique qu'elle soit feinte ou produite intentionnellement. Le soussigné n'a rien noté en faveur d'un trouble factice ou d'une simulation.

Au vu de ces constatations, le psychiatre doit manifestement retenir ici un trouble somatoforme indifférencié. Il n'y a guère de doute là-dessus.

L'expertise du 17.05.2009 a retenu le trouble hypochondriaque. Bien que cette entité clinique fasse partie du chapitre des troubles somatoformes, elle a des caractéristiques tout à fait particulières. Le trouble hypochondriaque est bien plus un trouble anxieux qu'un trouble somatoforme. Il est fondé sur la conviction du sujet en cause qu'il est atteint d'une maladie grave qu'on lui cache ou qu'on n'a

pas encore découverte. Il s'en suit un comportement de quête incessante d'investigations médicales, même si les bilans ont été rassurants.

Le soussigné a pris la peine de revoir M. G. _____ pour explorer très précisément les croyances qui accompagnent la symptomatologie qu'il présente. L'assuré n'a pas une interprétation erronée de symptômes physiques, comme on le voit chez les hypochondriaques. Il se plaint de fatigue. Il se plaint de diarrhées et de douleurs abdominales. Il vit cette symptomatologie comme sévèrement incapacitante. Il recherche un traitement, sans plus. Il n'est pas dans une démarche de quête incessante d'investigations. Il n'a d'ailleurs plus de prise en charge médicale en ce moment. Toute cette présentation clinique est entièrement compatible avec ce que décrivent les troubles somatoformes et le trouble somatoforme indifférencié, en particulier. Pour le soussigné, on n'est manifestement pas dans un fonctionnement de trouble hypochondriaque.

L'expertise du 11.06.2007 a retenu un diagnostic de trouble fonctionnel digestif et n'a pas noté de trouble somatoforme. Cette appréciation n'est pas en contradiction avec ce que retient le soussigné. Elle dépend du point de vue sur lequel on se place.

La plupart des spécialités médicales ont leur dénomination pour des situations de symptômes médicalement inexpliqués le plus souvent associés à un certain degré de détresse psychosociale. Il y a la névrose cardiaque des cardiologues. Il y a les céphalées de tension des neurologues. Il y a la fibromyalgie des rhumatologues. Il y a enfin le côlon irritable et les troubles digestifs fonctionnels des gastroentérologues.

Lors de symptômes d'allure somatique n'ayant pas de base organique suffisant à les expliquer, le psychiatre retient le plus souvent un trouble somatoforme. Le gastroentérologue peut noter des troubles fonctionnels digestifs et un côlon irritable, en particulier. Il n'y a dès lors pas de véritable divergence d'appréciation médicale entre ce qui a été retenu dans l'expertise du 11.06.2007 et le trouble somatoforme indifférencié noté aujourd'hui par le soussigné.

- Trouble personnalité obsessionnelle-compulsive (anankastique)

Dans les classifications psychiatriques modernes, un trouble de la personnalité se définit comme un mode de comportement durable qui apparaît au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui provoque une souffrance et/ou un dysfonctionnement significatifs. Il doit par conséquent être distingué des concepts de caractère, de tempérament, de traits, d'organisation et de structure de personnalité qui ne sont pas assimilables à un trouble psychiatrique.

Le DSM-IV-TR établit les critères généraux d'un trouble de la personnalité. Ceux-ci consistent essentiellement en une déviation de la norme qui se manifeste au niveau des cognitions, de l'affectivité, du contrôle des impulsions et des interactions avec les autres. La CIM-10 [classification des troubles mentaux et du comportement selon l'OMS] en fait de même dans sa version pour la recherche.

Lorsque le clinicien a pu observer ces caractéristiques générales, il peut poursuivre sa démarche diagnostique par la recherche d'un trouble spécifique de la personnalité. Le DSM-IV-TR en retient dix qu'il classe en trois groupes (cluster) A, B et C.

Dans le cas particulier où il y a les critères généraux d'un trouble de la personnalité (et seulement dans ce cas), mais pas les

caractéristiques d'un sous-groupe spécifique, on doit poser un diagnostic de trouble de la personnalité NS (non spécifié ou non spécifique). La CIM-10 propose aussi l'entité trouble mixte de la personnalité.

Dans le cas présent, on peut admettre les caractéristiques générales d'un trouble de personnalité. Le caractère méticuleux, excessivement précis et vraisemblablement exigeant de l'assuré est constamment cité au dossier médical. On peut en retenir une rigidité et des carences adaptatives. Même si on a peu d'éléments pour un dysfonctionnement et une souffrance psychique dès les débuts de l'âge adulte, on peut admettre les caractéristiques générales d'un trouble de personnalité, sans plus.

La recherche d'un trouble spécifique va indiscutablement vers le type obsessionnel-compulsif. L'assuré est certainement perfectionniste voire trop perfectionniste. Il a pu être excessivement consciencieux, scrupuleux et probablement rigide sur les règles, en particulier dans le domaine professionnel. Il a pu privilégier le travail et tendre à exclure ce qui relève des loisirs et de la vie affective. Si ce mode de fonctionnement va de pair avec des compétences et de bonnes performances professionnelles, il peut aussi pêcher par un manque de souplesse et de capacités adaptatives.

Au vu de ces éléments, le soussigné pense qu'on peut admettre un trouble personnalité obsessionnelle-compulsive (anankastique), même si on est à la limite inférieure du seuil diagnostique.

L'expertise du 17.05.2009 a retenu un trouble mixte de la personnalité en citant les traits anankastiques. L'expert en question a vraisemblablement voulu noter d'autres traits de personnalité pathologiques que ce qui a été mentionné pour l'obsessionnalité. Le soussigné n'a rien relevé de manifeste en ce sens. Il ne se rallie dès lors pas à cette appréciation diagnostique.

On peut néanmoins souligner que la chose n'a guère d'importance, sachant que l'appréciation asséculoologique qui va suivre ne serait en rien modifiée pour le cas où l'on retiendrait tout de même un trouble mixte de la personnalité en lieu et place de la personnalité obsessionnelle-compulsive. Quelle que soit l'entité retenue, on est aux limites inférieures du seuil diagnostique d'un tel trouble. L'assuré a tout de même relativement bien fonctionné jusqu'aux faits en cause aujourd'hui. Le trouble de personnalité ne saurait avoir valeur incapacitante per se, quel qu'il soit.

- Autres pathologies psychiatriques

La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive.

Appréciation asséculoologique

- Préambule

Le syndrome douloureux somatoforme persistant procède, comme la fibromyalgie, d'une classification syndromatologique. L'idée qui sous-tend ce type de classifications consiste à catégoriser des ensembles de signes et symptômes qui sont délimités par une association cohérente, vérifiable et reproductible, quelle qu'en soit la cause. Il s'agit donc d'une démarche purement descriptive.

Cette démarche s'éloigne des classifications nosologiques du modèle biomédical

stricto sensu où la maladie correspond à une cause, à des lésions démontrables,

à une évolution et à une réponse thérapeutique qui demeurent toujours corrélées

à l'état des lésions.

Ce préambule est fondamental, car il souligne le fait que certains syndromes (trouble somatoforme, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique) n'ont pas forcément valeur de maladie au sens biomédical du terme. Ils ont en fait un seul objectif de classification pour favoriser la communication entre soignants et la recherche scientifique dans le domaine qu'ils désignent. De façon délibérée ou non, la confusion entre syndrome et maladie se pratique fréquemment, surtout dans les situations de possible compensation. Au vu de qui précède, le soussigné considère comme tout à fait justifié qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant ne légitime pas une incapacité de travail en soi. Il paraît raisonnable d'exiger que le tableau clinique procède d'un contexte psychosocial délétère et d'une co-morbidité psychiatrique sévère pour envisager la reconnaissance d'une incapacité de travail de longue durée.

- Appréciation clinique

En premier lieu, il convient de faire une appréciation clinique de la situation. L'assuré est un homme de 65 ans qui fait plutôt moins que son âge et qui paraît en excellente santé tant physique que psychique. Il se montre précis, efficace et collabore intelligemment et authentiquement à l'investigation.

Sur le plan psychiatrique il n'y a pas les grandes pathologies que seraient une dépression mélancolique, une schizophrénie ou une démence de type Alzheimer, par exemple. L'assuré n'est pas déprimé. Il n'est pas anormalement anxieux. S'il y a trouble de personnalité, on est de toute évidence aux limites inférieures du seuil diagnostique.

Cette présentation parle contre une incapacité de travail à mettre en rapport avec une maladie psychiatrique. On peut être formel sur ce point.

Dans un tel contexte, il convient aussi d'examiner un certain nombre de points particuliers, tel que l'usage l'a aujourd'hui imposé en cas de trouble somatoforme.

Le soussigné est persuadé que les deux critères complémentaires essentiels pour apprécier la gravité d'un trouble somatoforme sont ceux de la co-morbidité psychiatrique et de l'intégration sociale des sujets en cause. Les autres critères par ailleurs considérés en cas de trouble somatoforme ont, pour l'expert, une importance bien moindre.

L'assuré ne présente pas d'affection corporelle chronique grave et nécessitant un traitement continu, d'après les informations actuellement à disposition. L'affection dermatologique est bénigne [selon consilium dermatologique du 22 février 2010]. Aucune pathologie digestive grave n'a été mise en évidence. Ces données de base sont admises, en l'état actuel du dossier. Il n'y a pas à revenir là-dessus.

On pourrait reconnaître le processus maladif de longue durée, sachant que les plaintes de l'assuré durent depuis une quarantaine d'années. On pourrait aussi admettre la résistance aux traitements selon les règles de l'art. Pour le soussigné le trouble somatoforme indifférencié n'est pourtant pas une maladie stricto sensu. Tant l'expérience clinique que la littérature font aussi admettre que ce trouble résiste ordinairement aux traitements, quels qu'ils soient. Les critères de résistance aux traitements et de processus maladif de longue durée n'ont dès lors pas grande valeur dans la situation de M. G. _____, dans la mesure où cette dernière relève d'un seul

diagnostic de trouble somatoforme associé à un trouble de personnalité de peu de gravité.

L'assuré relève par contre d'une cristallisation de sa présentation clinique. Rien n'a véritablement changé depuis des années. On a effectivement l'impression d'une situation qui s'est progressivement figée.

Dans le cas présent, la co-morbidité psychiatrique est celle d'un trouble de personnalité. Celui-ci n'a rien de sévère. L'assuré a tout de même pu fonctionner correctement jusqu'aux faits qui nous préoccupent. On n'a pas l'instabilité relationnelle, socioprofessionnelle et les situations de crises qui sont observées lors de trouble sévère de personnalité. On ne peut dès lors pas retenir de co-morbidité psychiatrique sévère dans ce cas. Le trouble de personnalité de l'assuré n'est en aucun cas incapacitant per se.

Certains sujets souffrant de trouble somatoforme grave perdent leurs contacts sociaux et leurs capacités relationnelles tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de leur famille. Ils ne sortent quasiment plus. Ils n'ont plus d'amis. Ils n'ont plus de visites. Ils se désintéressent des médias et de l'actualité. Ils vivent cloîtrés chez eux allant jusqu'à éviter de partager les repas avec leurs proches. Ils peuvent inverser le rythme nyctéméral, vivant la nuit et dormant le jour, afin de pouvoir être davantage isolé.

L'assuré a certes une vie relationnelle appauvrie. Elle peut relever des éléments de personnalité notés plus haut. Il a pourtant une amie de coeur avec laquelle il partage une partie de son existence. Il dit être proche de ses deux fils. Il garde des contacts avec eux et avec leur famille. L'expertisé n'est pas dans la situation de ces sujets somatoformes qui se sont coupés de tout et de tous depuis des années. Il conserve de bonnes capacités relationnelles. Son intégration sociale reste maintenue. On n'a pas ici de perte d'intégration sociale valant comme un critère de sévérité du trouble somatoforme.

Pour conclure, on doit se souvenir que l'impression clinique globale d'un praticien expérimenté parle contre une pathologie psychiatrique sévère et incapacitante en soi. On est très loin des grandes pathologies psychiatriques qui supposent un traitement spécialisé, des séjours en milieu psychiatrique et la mobilisation de structures intermédiaires (hôpital de jour, atelier protégé) et de ressources ambulatoires spécifiques (infirmière à domicile, assistant social).

L'assuré est certes souffrant. Il n'a rien d'un simulateur. On est pourtant plus dans le champ d'un comportement de malade que dans celui d'une maladie biomédicale stricto sensu.

Au terme de cette évaluation, le soussigné est persuadé qu'il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Il n'y en a jamais eue. Le soussigné rejoint dès lors les conclusions de l'expertise du 11.06.2007 sur ce point particulier de l'incapacité de travail.

Sachant qu'on n'est pas véritablement dans le domaine biomédical, le soussigné n'a pas de propositions thérapeutiques à formuler en l'état. Il n'a pas davantage de mesures professionnelles à proposer pour un sujet qui se considère comme totalement inapte à travailler.

Conclusions

En conclusion, M. G. _____ est un homme de 65 ans, divorcé, père de deux grands enfants, grand-père de plusieurs petits-enfants et

qui garde un réseau social à travers les relations qu'il a avec ses proches et son amie de coeur. Jusque dans les années 60, cet homme paraît avoir fonctionné normalement et n'avoir pas présenté de trouble psychique manifeste.

Une symptomatologie digestive est allée vers une cholécystectomie après laquelle l'assuré se plaint de diarrhées puis de fatigue et de douleurs abdominales. L'assuré a été mis en arrêt de travail de façon réitérée depuis les années 2000. Il a été licencié pour le 31.10.2006.

Actuellement, le tableau clinique est celui d'un trouble somatoforme avec une co-morbidité psychiatrique de peu de sévérité. Tant l'impression clinique du soussigné que les critères habituellement examinés dans un tel cas parlent contre une incapacité de travail psychiatrique.

En l'état, le soussigné n'a pas de propositions thérapeutiques à formuler. Il n'a pas davantage de suggestions à faire sur le plan professionnel chez un expertisé qui se considère comme totalement inapte au travail."

En réponse aux déterminations et objections formulées par le recourant le 25 mai 2010, l'expert judiciaire a produit un rapport complémentaire du 14 juin 2010, dont on extrait ce qui suit:

"C'est bien volontiers que l'expert médical soussigné se positionne sur son appréciation diagnostique et donne les explications qui sont demandées. [...]

Le DSM-IV-TR a construit sa classification diagnostique en utilisant plusieurs axes. L'axe I comprend les troubles mentaux stricto sensu: troubles affectifs, troubles anxieux, psychoses, troubles des conduites alimentaires, etc. Ces pathologies sont en général celles qui déterminent une incapacité de travail.

L'axe II du DSM-IV-TR comprend les troubles de la personnalité. Ceux-ci diffèrent des troubles mentaux stricto sensu, car ils ne désignent pas une psychopathologie aiguë mais un dysfonctionnement chronique au moins depuis les débuts de l'âge adulte. Les troubles de la personnalité décrivent un mode durable, voire permanent des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu et qui détermine une souffrance et une altération du fonctionnement.

Dans la règle le trouble de personnalité n'a pas de valeur incapacitante en soi. Il est par contre le socle de troubles de l'axe I (troubles dépressifs, anxieux, abus de substances) et un très puissant facteur de leur chronicité.

Dans le cas présent, le soussigné a retenu le trouble personnalité obsessionnelle-compulsive (anankastique) sur la base de ce qu'il a observé et des informations à disposition au dossier. Le trouble n'a certainement pas valeur incapacitante en soi. Il n'y a aucun doute là-dessus, compte tenu du parcours personnel et socioprofessionnel de l'expertisé jusqu'aux faits qui nous préoccupent.

Si le trouble avait eu pour conséquence un épuisement des ressources de l'assuré, on aurait dû retrouver le diagnostic de l'axe I en conséquence (épisode dépressif sévère, trouble obsessionnel compulsif, par exemple) et lui conférer valeur incapacitante. C'est ce

trouble de l'axe I qui serait seul à même de justifier des limitations et des incapacités psychiatriques dans ce cas. Le fait que l'expert privé retienne par ailleurs un trouble mixte de la personnalité et non pas le trouble de personnalité anankastique montre bien qu'il n'a de son côté pas retrouvé tous les critères diagnostiques de ce trouble de personnalité spécifique.

L'expert soussigné a par ailleurs retenu le trouble somatoforme indifférencié. Il se distance par là de l'expertise [...] [expertise des Drs K. _____ et B. _____ du 11 juin 2007] dont il ne partage pas les conclusions. [...]

Le soussigné a aussi pris le temps de revoir l'assuré pour une deuxième consultation pour explorer très précisément les croyances et le ressenti de ce dernier au sujet de la symptomatologie qu'il présentait. Cette évaluation a permis d'exclure le trouble hypochondriaque. [...]

Il faut enfin souligner que le fait de retenir ou de ne pas retenir le trouble hypochondriaque n'a formellement guère d'importance ici. Ce trouble fait partie intégrante du chapitre des troubles somatoformes. D'un point de vue théorique, on devrait dès lors appliquer les mêmes règles d'appréciation qu'on retienne le trouble hypochondriaque ou le trouble somatoforme indifférencié.

Puisqu'il est interpellé sur ce point, c'est bien volontiers que le soussigné conteste avoir émis des jugements de valeur qui n'auraient pas lieu d'être dans un rapport d'expertise judiciaire. En tant que médecin, il revendique le droit de prendre position sur des arguments médicaux (et non pas juridiques) concernant les critères de gravité des troubles somatoformes. [...]

Dans le présent cas, l'expert est persuadé qu'on est bien plus face à un comportement anormal de malade que face à une maladie psychiatrique stricto sensu.

En prenant en considération tant les critères définis par la jurisprudence que sa propre impression clinique de praticien expérimenté, le soussigné est persuadé qu'il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas, si on se réfère au strict champ médical."

Dans le cadre d'ultérieures déterminations, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives.

E n d r o i t :

1. **a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que dite loi ne déroge expressément à la LPGA.

L'art. 56 LPGA stipule que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des Offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'Office concerné. Interjeté le 19 novembre 2008, 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). Il est de surcroît recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1 et 2 al. 1 let. c LPA-VD), est directement applicable au cas d'espèce (cf. disposition transitoire de l'art. 117 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le recours tend principalement à la réforme de la décision de l'OAI du 20 octobre 2008 en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité soit reconnu à compter du 18 avril 2007, intérêts à 5% l'an en sus et subsidiairement, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

3. a) Est réputée incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA, 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. Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du

médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

c) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008, 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, 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 confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors 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; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

4. Sur le plan médical, en sus des avis médicaux des différents médecins traitants, le dossier comporte trois expertises. Une expertise pluridisciplinaire a tout d'abord été confiée par l'intimé aux Drs K. _____ et B. _____ de la clinique C. _____ (rapport du 11 juin 2007). Ensuite, une expertise psychiatrique privée a été réalisée par le Dr A. _____ à la demande du recourant (rapport du 17 mai 2009). Compte tenu des appréciations et conclusions médicales par trop divergentes ressortant des deux expertises précitées, il convenait de mettre en œuvre une expertise judiciaire, confiée au Dr N. _____ dont le rapport du 6 mars 2010 a été établi après avoir effectué un consilium dermatologique, le 22 février 2010. Ce rapport d'expertise judiciaire a encore été complété par acte du 14 juin 2010, en réponse aux observations formulées par les parties.

a) S'agissant des atteintes à la santé sur le plan somatique, le recourant fait tout d'abord valoir la persistance, depuis plus d'une trentaine d'années, d'une symptomatologie digestive douloureuse, principalement sous forme de diarrhées chroniques, ainsi que de fatigue accompagnée de douleurs abdominales, affections dont l'intensité croissante a généré de nombreuses absences professionnelles, lesquelles ont donné lieu à son licenciement, le 31 octobre 2006. Certes, il ressort des pièces médicales versées au dossier que ces troubles emportent des effets indésirables et qu'ils sont cause de souffrances. Néanmoins, les examens cliniques n'ont pas permis d'objectiver de pathologie. Ainsi, après avoir procédé à une ileo-coloscopie et à une oestro-gastro-duodenoscopie, le Dr D. _____ a conclu, le 19 juillet 2006, à l'absence

d'inflammation macroscopique susceptible d'expliquer la diarrhée et les douleurs abdominales, excluant par ailleurs une pathologie de reflux, une colite microscopique, voire une maladie coeliaque. L'absence d'éléments médicaux objectifs susceptibles d'expliquer la symptomatologie ressort également des observations du Dr K._____, que l'expert judiciaire N._____ confirme en ces termes, en page 16 de son rapport du 6 mars 2010: "(...) tout au long du dossier, il est en effet question de troubles digestifs fonctionnels ce qui, dans les usages médicaux, signifie que les bases organiques objectives sont insuffisantes à expliquer les plaintes et les limitations du sujet en cause. On n'a jamais démontré d'affection biomédicale et des lésions qui fonderaient la symptomatologie présentée par M. G._____". Quant aux tâches rouges apparues sur plusieurs parties du corps du recourant et lui causant de fortes démangeaisons, le consilium dermatologique du 22 février 2010 convainc en exposant qu'il ne s'agit que d'une affection bénigne. En définitive, en excluant de manière motivée toute atteinte corporelle chronique grave nécessitant un traitement continu, le dossier médical dont le rapport d'expertise judiciaire du 6 mars 2010 effectue la synthèse, conduit à admettre l'absence d'une pathologie digestive ou dermatologique d'un degré de gravité tel qu'il devrait être pris en considération par l'assurance-invalidité.

b) Sur le plan psychiatrique, le recourant fait siennes les conclusions du Dr A._____ dont l'expertise effectuée à sa demande retient les diagnostics de trouble hypocondriaque (F45.2) et de trouble mixte de la personnalité avec traits anankastiques et anxieux (F61.0) et conclut à une capacité de travail nulle à compter du mois de juillet 2006, sans que des mesures de réadaptation professionnelles puissent être envisagées. L'intimé se rapporte quant à lui aux constatations et aux conclusions de l'expert judiciaire N._____, retenant le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) doublé d'un trouble personnalité obsessionnelle-compulsive (F60.5), sans cause d'incapacité de travail et sans proposition quant au traitement médical ou à des mesures professionnelles.

L'expertise judiciaire du Dr N._____, complétée le 14 juin 2010 en réponse aux observations des parties, se fonde sur des examens cliniques, sur une étude complète et fouillée des pièces du dossier, sur les plaintes de l'assuré et sur une anamnèse rigoureuse. L'examen et la discussion du cas sont présentés de manière systématique, claire et cohérente, sans éluder les écueils que constituent d'autres avis médicaux divergents. Ainsi, elle s'avère objective, rigoureusement scientifique, nuancée et dûment motivée, de sorte qu'elle emporte pleine valeur probante, au sens de la jurisprudence rappelée au consid. 3c supra, tant intrinsèquement que dans la réfutation des avis médicaux divergents.

Ainsi, avec le Dr N._____, on retiendra d'une part le trouble somatoforme indifférencié, les plaintes et la souffrance significative vécue depuis de nombreuses années - laquelle n'est au demeurant pas tenue pour factice ou simulée - correspondant précisément au trouble mental que recouvre ce diagnostic. D'autre part, on retiendra le diagnostic de trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive (F60.5), en présence de critères tels que le caractère méticuleux, la précision excessive, la rigidité et des carences adaptatives, propres à un trouble de la personnalité mais sans que les caractéristiques d'un trouble spécifique de la personnalité - tel que le trouble mixte de la personnalité avec traits anankastiques et anxieux (F61.0) retenu par le Dr A._____ - ne soient remplies. Le trouble hypocondriaque (F45.2) mis en évidence par le Dr A._____ peut également être écarté en l'absence de démarches de quête incessante d'investigations induites par une interprétation erronée des symptômes physiques, l'intéressé n'étant plus pris en charge sur le plan médical. Quant à l'impact du trouble retenu sur la capacité de travail, le rapport d'expertise complémentaire du 14 juin 2010 exclut de manière convaincante un caractère incapacitant, cela au regard du parcours personnel et socioprofessionnel de l'intéressé, qui ne rend compte d'aucun épisode dépressif sévère, ni de troubles affectifs. La morbidité psychiatrique du cas d'espèce se situant à la limite inférieure du seuil diagnostique en question, on retiendra donc l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante.

5. a) En définitive, faute d'atteinte à la santé incapacitante et d'incapacité de gain en résultant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressé n'obtient pas gain de cause (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 rendue le 20 octobre 2008 par l'Office AI pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire, arrêté à 400 fr. (quatre cent francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour G. _____),
- 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).

Le greffier :