

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juillet 2014

Présidence de Mme BERBERAT
Juges : Mme Röthenbacher et M. Métral
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante, représentée par CAP Protection Juridique, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. **a)** P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], de nationalité suisse, sans formation professionnelle, travaillait depuis le 10 juin 2002 en qualité d'ouvrière auprès de J._____, entreprise active dans la fabrication de [...], lorsqu'elle a présenté dès le 30 juillet 2012 une totale incapacité de travail. I._____ (assurance du T._____), assureur perte de gain de l'employeur, a versé des indemnités journalières en cas de maladie.

En vue d'une intervention précoce, I._____ a adressé le 26 février 2013 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un lot de documents dont la teneur est décrite ci-après.

Dans un rapport médical du 13 avril 2012 au Dr K._____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a fait état de cervico-brachialgies droites pour lesquelles il avait été difficile de faire la part des choses entre le problème mécanique au niveau de l'épaule et les douleurs référées d'un problème cervical. Il avait donc complété le bilan par une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule, qui n'avait rien montré de particulier. L'IRM de la colonne cervicale du 30 mars 2012 avait mis en évidence une discopathie pluri-étagée, avec en particulier une hernie discale C6-C7 importante paramédiane, ainsi qu'un canal étroit. Le Dr M._____ a dès lors conclu que la symptomatologie globale provenait du problème cervical. Sur le plan thérapeutique, il a proposé un traitement symptomatique et des infiltrations intrathécales, dont l'assurée avait déjà bénéficié et qui n'avaient pas amélioré sa symptomatologie douloureuse. Une solution chirurgicale pouvait être proposée.

Dans un rapport médical du 10 septembre 2012 à I._____, le Dr K._____ a posé les diagnostics de cervico-brachialgies droites en

relation avec une hernie discale importante paramédiane C6-C7 et un canal étroit. Il a attesté une totale incapacité de travail à compter du 1^{er} août 2012 pour une durée indéterminée, faisant état de limitations objectives au niveau des mouvements de la nuque et de l'épaule droite, ainsi que d'une baisse de la force musculaire dans le bras droit. Il a enfin préconisé une cure de hernie discale.

Au vu de ces éléments, I. _____ a mis en œuvre une expertise médicale de l'assurée. Dans un concilium du 23 janvier 2013, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a posé les diagnostics d'omalgies droites récurrentes avec tendinopathie assortie d'une rupture transfixiante du sus-épineux en voie de résolution, de syndrome cervico-brachial et lombo-vertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire - protusions discales C6-C7 et L5-S1 non conflictuelles - et de status post opération de l'épaule gauche en 2003. Il a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 60% et pouvait être augmentée progressivement de 10% par mois par l'amélioration de la prise en charge. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière. Le Dr H. _____ a en outre exposé les éléments suivants au chapitre de l'appréciation du cas :

« Nous sommes confrontés à une assurée de [...] ans, d'origine [...], en Suisse depuis 1993, détentrice de la nationalité suisse, mère d'une fille de [...] ans n'ayant pas de formation professionnelle, ayant travaillé comme ouvrière puis dans différentes usines, puis comme aide de cuisine dans un EMS, puis depuis 2002 comme ouvrière dans une usine de [...]. Elle est à l'arrêt de travail depuis le 01.08.2012.

Du point de vue médical, elle est connue depuis 2003 pour des cervico-brachialgies et des omalgies bilatérales, prédominant à G [gauche], pour lesquelles elle aurait subi une opération de cette dernière articulation, l'évolution est cependant caractérisée par la persistance de rachialgies, prédominant au niveau cervical et lombaire, ainsi que des douleurs poly- et péri-articulaires, fluctuantes et migrantes. Ces douleurs sont d'allure mécanique, et entraîneraient une impotence fonctionnelle dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle.

A l'examen de ce jour, on note un syndrome lombo-vertébral et cervico-brachial, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. L'examen frappe par la présence d'une hypoextensibilité musculaire tant de la région cervicale que pelvienne, l'examen frappe surtout par la présence de douleurs poly- et péri-articulaires d'insertion, faisant suspecter la présence d'un syndrome poly-insertionnel

douloureux récurrent, avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur. L'examen met en évidence des omalgies imputables à une probable tendinopathie du sus-épineux, probablement en regard de l'évolution par rapport à l'IRM effectuée en mars 2012, et un ultrason effectué ce jour.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiographique est à mon avis rassurant, on note certes une protrusion discale L5-LS1 et C6-C7. Cependant, celle-ci ne sont [n'est] pas conflictuelle et n'entraîne[nt] à mon avis pas de syndrome radiculaire et ne permet pas d'expliquer la symptomatologie douloureuse.

L'ultrasonographie et l'IRM de l'épaule D [droite] met[tent] en évidence une tendinopathie du sus-épineux, avec calcification en son sein. On note une rupture partielle transfixiante actuellement, en voie de résolution. Il n'y a pas de signe de conflit sous-acromial.

Du point de vue thérapeutique, l'assurée devrait bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique plutôt active à sec et surtout en piscine, avec applications de jet-massages.

Du point de vue médicamenteux, il serait opportun d'améliorer l'antalgie mineure avec une médication myorelaxante, voire applications de bains de Soufrol à domicile ainsi qu'une médication tricyclique dans le but de rehausser le seuil de déclenchement à la douleur.

A mon avis, il n'y a pas d'indication à une approche neurochirurgicale ou orthopédique.

Concernant son exigibilité, du point de vue rhumatologique, dans son activité antérieure d'ouvrière dans une usine de [...], estimant qu'elle doit effectuer des ports de charges en porte-à-faux, avec long bras de levier de manière répétitive, sa capacité de travail peut être estimée à 60% et ce, dès ce jour. Une augmentation de sa capacité de travail de 10% par mois est de mise avec récupération de sa capacité de travail d'ici quatre à cinq mois.

Dans une activité adaptée, en évitant les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier surtout avec le MSD [membre supérieur droit], et en lui proposant une alternance de positions assise et debout, sa capacité de travail pourrait être entière.

Cette appréciation se différencie de celle du Dr K. _____, qui estime une incapacité de travail totale de manière indéterminée. A mon avis, les altérations rachidiennes ne permettent pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Elle présente certes une tendinopathie du sus-épineux qui reste cependant modeste et qui ne nécessite à mon avis pas d'approche chirurgicale.

Il n'y a pas d'amyotrophie, il n'y a pas trouble sensitivo-moteur, l'assurée peut rester assise pendant tout l'entretien sans se relever, elle s'habille et se déshabille de manière fluide. Dès lors, on note une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée, son impotence fonctionnelle dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle qui en découlerait et l'examen clinique et para-clinique effectués jusqu'à ce jour ».

Par courrier du 14 février 2013 à l'assurée, I. _____ a relevé que l'incapacité de travail à 100% était médicalement justifiée dans sa

profession actuelle et qu'une reprise du travail totale n'était plus envisageable dans celle-ci. Le Dr H._____ avait toutefois retenu que l'assurée disposait d'une capacité totale de travail dans le cadre d'une activité adaptée à son état de santé, soit une activité évitant les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier et autorisant l'alternance des positions debout-assise. L'assureur a dès lors fixé à l'assurée un délai au 31 mai 2013 pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé. Dans l'intervalle et en cas de non reprise de travail, une indemnité journalière de transition lui serait versée. Après avoir procédé à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, I._____ a considéré que l'assurée n'avait plus droit à des prestations au-delà du 31 mai 2013 en raison de l'absence de perte de gain. Il lui était toutefois loisible de s'inscrire à l'assurance-chômage après le 31 mai 2013, en faisant valoir son aptitude au placement.

b) Le 27 février 2013, P._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) datée du 19 février 2013 auprès de l'OAI, tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente, en indiquant comme genre de l'atteinte « hernies cervicales, douleurs épaules-bras ».

Dans un rapport médical du 11 mars 2013 à l'OAI, le Dr K._____ a retenu que la patiente présentait des cervicalgies sur hernie discale C6-C7 et un canal cervical étroit, pathologies présentes depuis 2007 et ayant une influence sur sa capacité de travail. Par contre, les diagnostics de conflit sous-acromial de l'épaule droite sur tendinopathie et d'arthropathie acromioclaviculaire présents depuis 2008 n'avaient pas d'effet sur sa capacité de travail. Le médecin traitant a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle. Il a ajouté que l'exercice d'une activité adaptée n'était pas possible avant la cure de hernie discale, le traitement actuel étant médicamenteux et sous forme de physiothérapie. Dans une annexe au rapport médical, le Dr K._____ a mentionné les éléments suivants relatifs à l'anamnèse de sa patiente :

« La patiente est suivie par le Dr Z._____ pour cervico-brachialgies depuis 2008. Elle a bénéficié, à l'époque, de blocs facettaires C5-C6

qui l'avaient modérément aidée. Une IRM cervicale du 20.05.2010 a montré une hernie discale postéro-médiane avec empreinte sur le sac dural et un canal cervical étroit relatif de C3 à C6 mais absolu de C6 à C7. Les cervicalgies sont devenues chroniques et invalidantes. Un stage de physiothérapie au Centre médical de [...] n'a pas amélioré la situation. Aussi, la patiente est adressée au F. _____ chez le Dr E. _____ qui préconisait la poursuite de la prise en charge rhumatologique. Un traitement à base d'AINS [anti-inflammatoire non-stéroïdien], associé à des antalgiques, s'est avéré insuffisant. Aussi, elle est adressée, le 25.03.2013 au Dr Z. _____ ».

Le 15 mars 2013, le Dr Z. _____, spécialiste en neurochirurgie et de la douleur au Centre de la douleur [...], a indiqué à l'OAI qu'il n'était pas en mesure de déterminer la capacité de travail de l'assurée, ne l'ayant pas revue depuis plus de deux ans.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 28 mars 2013, J. _____ a indiqué qu'il avait résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 mai 2013, cette dernière n'étant pas en mesure de reprendre son activité à cette date en raison de son état de santé. Par ailleurs, il n'existait pas de possibilité de placement au sein de l'entreprise. Dans le cadre de la description de l'activité exercée, l'employeur a notamment précisé qu'elle s'effectuait principalement debout et qu'elle exigeait le port de charges pouvant aller jusqu'à 25 kg. Sans atteinte à la santé, l'assurée percevrait un salaire mensuel brut de 3'290 francs.

Dans le cadre d'un formulaire 531bis permettant la détermination du statut (part active / part ménagère) complété le 2 avril 2013, l'assurée a indiqué que son taux d'activité serait de 100% si elle n'était pas atteinte dans sa santé et ce, dès le 30 juillet 2012. Elle exercerait une activité d'ouvrière par nécessité financière.

Par communication du 4 avril 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'elle était invitée à un entretien d'évaluation intervenant dans le cadre de la phase d'intervention précoce, dans le but de faire le point sur sa situation personnelle et professionnelle.

Dans un rapport initial du 22 avril 2013, la spécialiste en réinsertion professionnelle a relevé que l'assurée, centrée sur ses atteintes et ses douleurs, n'avait alors aucune dynamique de réadaptation. L'intéressée s'estimait inapte à toute activité. Par la suite et en fonction de l'évolution de son état de santé, elle pourrait envisager la reprise d'une activité adaptée et ciblait une activité de dame de compagnie. Elle allait réfléchir à la proposition de cours de français écrit et prendrait contact avec C. _____ à [...] pour une éventuelle proposition.

Dans un rapport médical du 12 juin 2013 à l'OAI, le Dr V. _____, spécialiste en neurologie, a indiqué que la patiente ne l'avait consulté qu'à une seule reprise, soit le 19 avril 2013. Il a conclu à un status neurologique normal, le pronostic étant favorable. Il a estimé que l'assurée présentait un syndrome douloureux diffus sans substrat neurologique depuis plusieurs années, diagnostic qui n'avait pas d'effet sur sa capacité de travail.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assurée à l'examen de son Service médical régional (ci-après : SMR). Dans un rapport du 3 juillet 2013, le Dr X. _____ du SMR a retenu comme atteinte principale à la santé des omalgies (douleurs à l'épaule) à droite récurrentes avec tendinopathie en voie de résolution avec, comme pathologies associées du ressort de l'AI, un syndrome cervico-brachial et lombo-vertébral récurrent sans signe irritatif ou déficitaire. Il a toutefois précisé que la hernie discale C6-C7 et le status après opération de l'épaule droite en 2003 ne constituaient pas des pathologies du ressort de l'AI. Sur le plan de la capacité de travail exigible, il a estimé qu'elle était de 60% dès janvier 2013 dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, excluant les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier avec le membre supérieur droit et le port répété de charges de plus de 10 kg et autorisant l'alternance de positions assise et debout. Le Dr X. _____ a en outre exposé ce qui suit :

« Assurée mariée, mère d'une fille adulte, sans formation, ayant travaillé comme aide-soignante et aide de cuisine, puis comme ouvrière chez J. _____ de 2002 jusqu'à son licenciement le

31.05.2013. A noter que le rapport médical mentionne une activité comme cueilleuse de champignons, ce qui n'est pas exact.

L'assurée souffre de cervico-brachialgies, elle présente également une hernie discale C6-C7, mais contrairement à ce qu'affirme le médecin de famille, aucune sanction chirurgicale n'est prévue pour l'instant.

Un concilium rhumatologique fait le 16.01.2013 par le Dr H. _____, rhumatologue, pour le T. _____, relate la longue anamnèse de douleurs cervico-brachiales et pose les diagnostics d'omalgies D [droites] récurrentes avec tendinopathie avec rupture transfixiante du sus-épineux en voie de résolution, de syndromes cervico-brachial et lombo-vertébral récurrents sans signes irritatifs ou déficitaires et un status après opération de l'épaule G [gauche] en 2003.

Le Dr Z. _____, neurochirurgien, livre un rapport succinct, ne mentionnant comme diagnostic que des cervicalgies et comme traitement des blocs facettaires C5-C6 bilatéraux le 22.01.2009.

Le Dr V. _____, neurologue, a examiné l'assurée le 19.04.2013 et a retenu un syndrome douloureux diffus, sans substrat neurologique.

L'assurée n'a aucun suivi psychiatrique.

Les documents au dossier permettent de retenir des limitations fonctionnelles qui ne sont pas entièrement respectées dans la dernière activité et engendrent une diminution de la capacité de travail dans cette activité de 40%. Dans une activité adaptée la capacité de travail est entière ».

Le 9 juillet 2013, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision par lequel il entendait prononcer le refus d'un reclassement ainsi que d'une rente d'invalidité. Il a notamment précisé que l'assurée était en mesure d'exercer une activité adaptée dans l'industrie légère et qu'elle n'avait pas donné suite à la proposition de sa spécialiste en réinsertion professionnelle de suivre des cours de français écrit. L'OAI a par conséquent procédé à une évaluation théorique de sa capacité de gain. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'225 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (production et services) en 2010, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2010 (41,7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2013 (+1,8%) et d'un taux d'abattement de 10%, l'OAI a estimé que l'assurée était en mesure de réaliser un revenu annuel de 48'429 fr. 33. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 42'770 fr. réalisé en qualité d'ouvrière d'usine, permettait de conclure à l'absence de préjudice économique, le salaire sans invalidité étant

inférieur au salaire avec invalidité. Par ailleurs, le droit à un reclassement professionnel devait également être nié.

Le 27 août 2013, l'assurée, désormais représentée par CAP Protection Juridique, a contesté le projet de décision en critiquant le rapport du Dr H. _____ compte tenu des rapports du Dr L. _____ et du Dr R. _____, respectivement médecin-chef et médecin assistant de la Clinique [...] de l'Hôpital D. _____ du 12 juillet 2013 (avec en annexe plusieurs rapports de laboratoire, ainsi qu'un rapport de radiologie du 14 juin 2013), ainsi que des Drs Z. _____ du 27 mars 2013 et K. _____ du 14 août 2013.

Dans leur rapport du 12 juillet 2013, les Drs L. _____ et R. _____ ont retenu les diagnostics de polyarthralgies d'origine indéterminée avec possible rhumatisme inflammatoire débutant et de cervico-brachialgies droites sur hernie discale médiane et paramédiane bilatérale de C6-C7 et canal cervical étroit. Dans le cadre de la discussion du cas, ils ont fait état des éléments suivants :

«Les douleurs de la patiente sont plutôt d'allure mécanique. A l'état actuel, nous n'avons pas de signe clinique, ultrasonographique, biologique ou radiologique clair pour parler de façon définitive d'une maladie inflammatoire rhumatismale de type polyarthrite rhumatoïde. Néanmoins, la présence de synovites infracliniques aux limites supérieures de la norme, ainsi qu'une VS [vitesse de sédimentation] à limite supérieure associée à la scintigraphie osseuse sont gênantes et on ne peut exclure un rhumatisme inflammatoire débutant.

Pour le moment, nous proposons à la patiente une augmentation temporaire du traitement anti-inflammatoire avec Irfen à 600 mg 3x/jour et le port d'une attelle pour les tendinites du membre supérieur droit. Il serait judicieux d'introduire un traitement de physiothérapie à but analgésique et anti-inflammatoire, ainsi que pour tonification de la musculature axiale. Nous prescrivons par ailleurs une ampoule de vitamine D3 Streuli 300'000 unités per os.

Il est surtout important d'effectuer une surveillance clinique dans les prochains mois. Nous prévoyons un rendez-vous avec la patiente avec un nouveau bilan ».

Dans son rapport du 27 mars 2013, joint au courrier de l'assurée du 27 août 2013, le Dr Z. _____ a notamment relevé qu'il avait vu la patiente le 25 mars 2013 et a précisé que les douleurs avaient

globalement augmenté et qu'elles étaient très diffuses, touchant tout le rachis et les quatre membres. La prédominance cervicale n'était pas si marquée et la composante radiculaire était très imprécise tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. L'IRM montrait surtout une arthrose C6-C7 > C4-C5-C6 avec calcification du ligament longitudinal postérieur en C6-C7. Selon le neurochirurgien, la composante discale était probablement marginale. La compression médullaire au niveau de la calcification n'était pas significative, car le canal était congénitalement large. Il a estimé que les plaintes étaient actuellement très diffuses et les douleurs trop chroniques pour attendre beaucoup d'un geste ciblé.

Dans son rapport du 14 août 2013, le Dr K. _____ a expliqué que le rapport du Dr H. _____ n'était de loin pas exhaustif s'agissant des problèmes de santé rencontrés par l'assurée. Il a notamment constaté que l'expert n'avait cité que le diagnostic de hernie discale C6-C7 importante paramédiane et le canal cervical étroit, sans décrire les signes cliniques ni les limitations fonctionnelles qui en découlaient, à savoir des douleurs cervico-brachiales bilatérales invalidantes et une raideur de la nuque avec des manœuvres facettaires très algiques. Il a conclu sur la base du rapport du Dr Z. _____ que le pronostic était défavorable et que la situation allait s'aggraver. Il a enfin rappelé le diagnostic de polyarthralgie d'origine indéterminée avec possible rhumatisme inflammatoire débutant.

Par avis médical du 22 octobre 2013 contresigné par le Dr Q. _____ du SMR, le Dr X. _____ s'est déterminé de la manière suivante s'agissant des critiques émises à l'encontre du rapport du Dr H. _____ et des nouvelles pièces déposées en annexe à la contestation de l'assurée :

- « • Les critiques émises par le Dr K. _____ concernant la qualité du concilium du Dr H. _____ du 23.01.2013 sont difficilement compréhensibles : ce rhumatologue décrit en détail les plaintes de l'assuré[e] et ses constatations objectives, il conclut aux diagnostics d'omalgies D [droites] et de syndrome cervico-brachial et lombo-vertébral, en mentionnant comme sous-diagnostic les protrusions discales C6-C7 et L5-S1, ainsi que le status après opération de l'épaule G [gauche].
- Le diagnostic de syndrome cervico-brachial englobe des souffrances situées aussi bien à la colonne cervicale, à l'épaule qu'au bras, et le reproche que fait le Dr K. _____ de ne pas

tenir compte des douleurs cervico-brachiales et de la raideur de la nuque ne tient pas. Le status décrit par le Dr H. _____ est autrement plus complet que celui décrit par le Dr K. _____ dans son rapport médical du 11.03.2013.

- Le concilium rhumatologique du 23.01.2013 est une pièce médicale détaillée permettant de tirer des conclusions valables. Le Dr H. _____ décrit le status (... « l'examen segmentaire met en évidence une hypomobilité segmentaire diffuse, cependant non-spécifique, tant au niveau lombaire que cervical »). Aucune autre pièce médicale figurant au dossier ne permet de mettre en doute les constatations faites par le Dr H. _____.

Concernant les pièces médicales jointes au dossier après le 02.07.2013 :

- Aussi bien la juriste [de la CAP] que le Dr K. _____ interprètent le renoncement du Dr Z. _____ de procéder à un geste ciblé comme un signe de gravité, alors que c'est l'existence de douleurs trop diffuses et trop chroniques qui font douter ce médecin du succès espéré d'un geste technique ciblé.
- Dans le rapport joint du Dr L. _____ du 12.07.2013 aucune plainte de douleur cervicale n'est relatée. Les diagnostics retenus par ce médecin sont ceux mentionnés dans mon rapport d'examen du 02.07.2013 en page 1 et 2.
- L'affirmation qu'une densitométrie osseuse du 29.04.2013 aurait montré des signes de polyarthrite rhumatoïde est erronée, cet examen ne permet pas ce type de conclusion. Il s'agissait d'une scintigraphie osseuse, et cette suspicion de polyarthrite n'a pu être confirmée par les investigations faites par le Dr L. _____.

Les rapports ajoutés au dossier après le 02.07.2013 ne mentionnent pas de nouvelle affection ou d'aggravation. Ni le Dr L. _____ ni le Dr Z. _____ ne se prononcent sur la capacité de travail.

A noter que je n'ai pas retenu l'augmentation prévisible de la capacité de travail dans l'ancienne activité au-delà de 60% proposée par le Dr H. _____, me basant essentiellement sur les constatations du moment et renonçant à intégrer une amélioration hypothétique de la capacité de travail.

En résumé: j'estime que l'instruction a été faite correctement, en tenant compte de tous les éléments médicaux figurant dans le dossier ».

Par décision du 26 novembre 2013 dont la motivation figure par courrier séparé du même jour, l'OAI a confirmé son projet de décision du 9 juillet 2013 et a conclu au rejet de la demande de prestations présentée par l'assurée.

B. Par acte de son mandataire du 13 janvier 2014, P. _____ recourt contre la décision précitée et conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à

compter du 1^{er} août 2012, subsidiairement à l'octroi de mesures de reclassement et plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle rappelle que le concilium rhumatologique du Dr H._____ n'est pas exhaustif, si bien que c'est à tort que l'intimé a retenu une totale capacité de travail dans une activité adaptée. Elle reproche en outre à l'intimé de ne pas avoir pris en compte le diagnostic posé par le Dr L._____, à savoir des polyarthralgies d'origine indéterminée avec possible rhumatisme inflammatoire débutant, lesquelles sont invalidantes avec répercussion sur la capacité de travail et de gain. La recourante produit un bordereau de pièces, dont un rapport du 9 janvier 2014 du Dr L._____, lequel a confirmé que l'intéressée présentait des polyarthralgies invalidantes avec un retentissement fonctionnel sur sa qualité de vie et ses capacités fonctionnelles et de gain, l'incapacité de travail dans l'activité habituelle étant de 100%.

Dans sa réponse du 5 mars 2014, l'intimé propose le rejet du recours, se référant à l'avis médical du 25 février 2014 du Dr Q._____ du SMR, auquel il se rallie et qui a la teneur suivante :

« Il s'agit d'un bref certificat du Dr L._____ adressé à CAP SA en date du 9.1.2014. Le médecin y confirme la présence de polyarthralgies. Il ajoute que celles-ci sont invalidantes, et que la capacité de travail de l'assurée est nulle dans l'activité habituelle.

- Le terme de « polyarthralgie » vient du grec « Poly» signifie plusieurs, et « arthralgie » veut dire douleur articulaire. Est polyarthralgique une personne qui présente des douleurs dans plusieurs articulations. Ce diagnostic, par ailleurs extrêmement peu précis, n'a nullement été négligé par le Dr H._____ qui écrit, en page 2 de son concilium : « Elle (l'assurée) signale également des douleurs poly- et périarticulaires touchant les genoux, les péri-hanches, la région antérieure du thorax, les deux épaules ainsi que la région occipitale ». Il est donc évident que le Dr H._____ a tenu compte de ces douleurs. Constatant une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée et les observations cliniques et para-cliniques, il a estimé, contrairement au Dr L._____ que ces douleurs n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail. C'est la raison pour laquelle les polyarthralgies ne figurent pas sous la rubrique des « diagnostics motivant l'incapacité de travail ».
- Nous sommes donc en présence de deux appréciations différentes d'une même situation. A notre sens, l'examen du Dr H._____ est beaucoup plus complet et détaillé que celui du Dr L._____. J'observe aussi que l'affirmation du caractère invalidant des

polyarthralgies par le Dr L._____ n'est fondée sur aucun élément objectif du status ou paraclinique.

Considérant ce qui précède, nous disons que ce seul document ne contient pas d'élément de nature à modifier notre position ».

Dans sa réplique du 25 mars 2014, la recourante produit un rapport médical du 19 mars 2014 du Dr L._____, qui a relevé qu'elle présente « *un rhumatisme inflammatoire compatible avec une maladie inflammatoire rhumatismale débutante de type polyarthrite rhumatoïde ou connectivite, anomalie non présente à l'époque où le Dr H._____ l'a évaluée. (...) les nouvelles plaintes de la patiente s'inscrivent aussi dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique connu, pouvant aggraver le ressenti douloureux de la patiente* ». La recourante confirme les conclusions de son recours, notamment s'agissant de la mise en œuvre d'une expertise complémentaire au vu de l'aggravation de son état de santé.

Dans sa duplique du 10 avril 2014, l'intimé produit un avis médical du 8 avril 2014 du Dr Q._____ du SMR, lequel a relevé que les Drs L._____ et R._____ faisaient état de polyarthralgies inflammatoires nouvelles confirmées par un bilan ultrasonographique des mains, une VS [vitesse de sédimentation] augmentée et une scintigraphie d'avril 2013, qualifiant ces documents de nouveaux (sauf pour la scintigraphie de 2013 mentionnée pour la première fois). L'intimé ajoute qu'il ne détient pas une copie de ces examens et ne sait pas de quand date précisément le diagnostic de polyarthrite inflammatoire. Il est ainsi possible que cette atteinte soit postérieure à la décision querellée du 26 novembre 2013. L'intimé demande que les médecins précités soient interrogés afin qu'ils précisent de quand date précisément le diagnostic de polyarthrite inflammatoire et qu'ils remettent une copie des examens mentionnés dans leur courrier.

Par courrier du 15 avril 2014, se référant à l'avis médical du SMR du 8 avril 2014, la juge instructeur a demandé au Dr L._____ qu'il produise les rapports d'examen cités dans son courrier du 19 mars 2014

et qu'il précise depuis quand la recourante présente le diagnostic de polyarthralgies périphériques inflammatoires.

Le 24 avril 2014, les Drs L. _____ et R. _____ ont précisé que la recourante les avait consultés la première fois le 14 juin 2013 et que le diagnostic de polyarthralgie périphérique inflammatoire avait été posé dans le courant du mois de juillet 2013. Ils ont en outre produit les copies des résultats biologiques, des rapports du bilan ultrasonographique, des radiographies des mains, des pieds et du bassin, ainsi que de la scintigraphie osseuse du 29 avril 2013.

Dans ses déterminations du 26 mai 2014, l'intimé propose le rejet du recours et se réfère à un avis médical du 20 mai 2014 du Dr Q. _____ du SMR lequel conclut qu'au vu des documents produits, le diagnostic de polyarthralgie périphérique inflammatoire ou de polyarthrite rhumatoïde est pour le moins incertain. Or, ce n'est pas le diagnostic qui fait l'incapacité de travail, mais les limitations fonctionnelles objectives. Dans ce cadre, le médecin du SMR considère que l'examen clinique du Dr H. _____ est complet, contrairement aux rapports des Drs L. _____ et R. _____, lesquels ont fait l'impasse sur le status. Enfin, les polyarthralgies ont été prises en compte par le Dr H. _____, qui a estimé qu'elles n'étaient pas incapacitantes.

La recourante ne s'est pas prononcée sur ces derniers éléments.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le

tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte, pour le surplus, les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. 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. 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156

consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5, TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

4. En l'espèce, la recourante fait valoir qu'elle n'est pas en mesure d'exercer une activité adaptée, si bien que c'est à tort que le droit à la rente lui a été nié.

Il ressort du dossier que la recourante a subi une opération de l'épaule gauche en 2003. Par la suite, elle s'est plainte de douleurs cervico-brachiales et d'omalgies à droite irradiant dans tout le membre supérieur tant à droite qu'à gauche, ainsi que de l'apparition de douleurs lombaires basses irradiant dans les deux membres inférieurs.

Sur le plan somatique, le Dr H._____ a retenu les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de la recourante d'omalgies droites récurrentes avec tendinopathie assortie d'une rupture transfixiante du sus-épineux en voie de résolution, de syndrome cervico-brachial et lombo-vertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire - protusions discales C6-C7 et L5-S1 non conflictuelles - et de status post opération de l'épaule gauche en 2003. Une ultrasonographie des épaules gauche et droite réalisée le 16 janvier 2013 par le Dr H._____ a permis de constater un remaniement au niveau du sous-épineux avec calcification - la probable rupture transfixiante étant en voie de résolution -, ainsi que l'absence de collection liquidienne intra-articulaire au niveau de la bourse et de signe de conflit sous-acromial. Le Dr K._____ a confirmé que la pathologie de l'épaule droite n'entraînait pas à elle seule une incapacité de travail.

S'agissant des douleurs cervicales, la recourante a bénéficié le 22 janvier 2009 de blocs facettaires C5-C6 bilatéraux, intervention réalisée par le Dr Z._____ et qui l'a modérément aidée. Une IRM de la colonne cervicale pratiquée le 30 mars 2012 a mis en évidence une discopathie pluri-étagée, avec en particulier une hernie discale C6-C7 importante paramédiane, ainsi qu'un canal étroit. Le Dr K._____ a conclu à une totale incapacité de travail dans toute activité tant que sa patiente n'avait pas bénéficié d'une cure de hernie discale, approche neurochirurgicale ou orthopédique qui n'a finalement pas été prévue. Dans son rapport du 23 janvier 2013, le Dr H._____ a toutefois estimé que le bilan radiographique était rassurant, la protusion discale L5-LS1 et C6-C7 n'étant pas conflictuelle et n'entraînant pas à son avis de syndrome radiculaire. Cette appréciation est partagée par le Dr Z._____, lequel a précisé le 27 mars 2013 que la prédominance cervicale n'était pas si marquée et que la composante radiculaire était très imprécise tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. L'IRM montrait surtout une arthrose C6-C7 > C4-C5-C6 avec calcification du ligament longitudinal postérieur en C6-C7. Selon le neurochirurgien, la composante discale était probablement marginale. La compression médullaire au niveau de la calcification n'était pas significative, car le canal était congénitalement

large. Le Dr H._____ a relevé que les diagnostics précités, s'ils permettaient de conclure à un trouble fonctionnel, n'expliquaient pas à eux seuls l'ampleur de la symptomatologie douloureuse dont faisait état la recourante. Le Dr H._____ a ainsi évoqué la présence de douleurs poly- et péri-articulaires d'insertion faisant suspecter la présence d'un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent, avec une nette diminution du seuil de déclenchement de la douleur. Toutefois, malgré les multiples examens para-cliniques et cliniques effectués, il n'a pas été en mesure d'objectiver un substrat organique susceptible d'expliquer l'intensité des douleurs, raison pour laquelle il n'a retenu qu'un trouble fonctionnel, notant « *une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée, son impotence fonctionnelle dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle qui en découlerait et l'examen clinique et para-clinique effectués jusqu'à ce jour* ». Le Dr H._____ a estimé qu'il se justifiait de limiter le port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier, surtout au niveau du membre supérieur droit, et de favoriser l'alternance des positions assise et debout. Au vu des limitations fonctionnelles précitées, l'activité habituelle d'ouvrière dans une usine de [...] n'était dès lors plus exigible. Toutefois, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement.

5. La recourante reproche à l'intimé de n'avoir pas pris en considération les rapports successifs des Drs L._____ et R._____, lesquels ont évoqué une maladie inflammatoire rhumatismale de type polyarthrite rhumatoïde. Elle entend tirer argument du fait que ces praticiens ont confirmé qu'elle présentait des polyarthralgies invalidantes avec un retentissement fonctionnel sur sa qualité de vie et ses capacités fonctionnelles et de gain, l'incapacité de travail dans l'activité habituelle étant de 100%.

a) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de

l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2 ; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

b) Au vu des éléments contenus dans le dossier, il sied de constater que le Dr L._____ a clairement fait état du diagnostic de polyarthralgie périphérique inflammatoire, pathologie qui, selon ce praticien, n'était pas présente à l'époque où le Dr H._____ a examiné la recourante, ce que le SMR a implicitement admis (avis médical du 8 avril 2014). Le Dr L._____ a en effet indiqué que ce diagnostic avait été posé en juillet 2013 (soit antérieurement à la décision dont est recours), à la suite d'une consultation de la recourante le 14 juin 2013. Il avait été confirmé par des éléments objectifs para-cliniques, à savoir un bilan ultrasonographique des mains (lequel avait démontré la présence de synovites), des pieds et du bassin, une vitesse de segmentation augmentée (à 28 mm/h) et une scintigraphie osseuse pratiquée le 29 avril 2013, qui avait démontré des atteintes articulaires périphériques compatibles avec une polyarthrite. Les résultats d'examen ont été remis en cause par le SMR, qui a conclu à la présence d'un diagnostic incertain, tout en expliquant que les polyarthralgies avaient été prises en compte par le Dr H._____, lequel avait estimé qu'elles n'étaient pas incapacitantes.

c) A la lumière des éléments exposés ci-avant, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à savoir si le diagnostic de polyarthralgie périphérique inflammatoire est fondé sur des éléments objectifs fiables, soit des examens para-cliniques. A cet égard, il sied de rappeler que le

Dr H._____ avait qualifié de rassurant l'examen des mains et des pieds en l'absence de synovite ou de thénosynovite, ce qui s'avère pour le moins contradictoire avec le bilan ultrasonographique des mains pratiqué par le Dr L._____, lequel a précisément mis en évidence la présence de synovites. A cela s'ajoute que le Dr L._____ ne s'est pas clairement déterminé sur la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée. Il a certes conclu à l'absence de capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle, - ce qui n'est pas contesté par l'intimé -, tout en se limitant à préciser que cette pathologie avait « un retentissement fonctionnel sur la qualité de vie et les capacités fonctionnelles et de gain » de l'intéressée. Le concilium rhumatologique qui avait été mis en œuvre par l'assureur perte de gain en janvier 2013 ne permet dès lors pas de répondre aux interrogations précitées et par conséquent de trancher le litige à satisfaction de droit.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3, RAMA 1993 n° U170 p. 136, 1989 n° K809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise

judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, au vu des contradictions en cause et des lacunes dans l'instruction du cas, il s'avère que ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé. Celui-ci rendra dès lors une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier les points précités, en particulier par la mise en œuvre d'une expertise contenant notamment un volet rhumatologique (cf. art. 44 LPGA).

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 450 fr. à la charge de l'intimé débouté.

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

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 26 novembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Un émolument judiciaire de 450 fr. (quatre cent cinquante francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Cap Protection Juridique SA (pour la recourante), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :