

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mai 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Benoît Sansonnens,
avocat à Fribourg,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 16 et 43 LPGA ; 4, 28 et 28a LAI

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère de trois enfants nés en 1991, 2000 et 2001 travaillait à temps partiel (70 %) en qualité de veilleuse de nuit pour le compte de l'EMS «H. _____ » situé à [...].

En incapacité de travail depuis le 20 mai 2011 en raison de lombalgies chroniques, elle a déposé le 9 novembre 2011 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès du Dr N. _____, médecin traitant (rapport du 20 janvier 2012), lequel a notamment fait état de la pose d'une prothèse totale de la hanche droite pour coxarthrose (au mois de mai 2010), d'une hernie discale L3-L4 en conflit avec la racine L4 droite et d'un état dépressif réactionnel aux douleurs, après un passé éthylique. Evoquant un pronostic très réservé, le médecin traitant retenait l'existence d'une incapacité de travail de 100 %, dans toutes activités, dès le 20 mai 2011.

Une IRM lombaire effectuée le 16 mars 2012 par le Dr D. _____, radiologue à l'Institut d'Imagerie Médicale et de Médecine Nucléaire de la Clinique [...], a relevé une stabilité de la discopathie L3-L4 et de la hernie paramédiane et foraminale droite depuis l'examen précédent du 23 mars 2011.

Dans un rapport du 1^{er} mai 2012 relatif à un bilan électro-neuro-myographique pratiqué le même jour, complété par une IRM cérébrale et médullaire, le Dr T. _____, spécialiste en neurologie, a exclu une éventuelle atteinte du système nerveux central chez l'assurée.

L'office AI a fait verser le dossier constitué par F. _____ Assurance-maladie SA, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, lequel contenait une expertise rhumatologique réalisée par le Dr W. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne. Dans son rapport du 24 avril 2012, ce médecin a posé les diagnostics de lombalgies chroniques avec radiculalgies droites irritatives et déficitaires sur un plan sensitif (L4 et S1) et réflexe (L4), d'état de cachexie d'origine indéterminée, de status après prothèse totale de la hanche droite, d'ancien éthylysme chronique sévère, de tabagisme chronique et de status après fracture au pied gauche en 2008. Ce rhumatologue a notamment retenu les conclusions suivantes :

En somme, cette assurée présente une principale atteinte à la santé sous la forme de lombalgies chroniques qui se sont majorées depuis une année sans aucun facteur déclenchant dans un contexte d'arthroplasties prothétiques mobiles en L4-L5 et L5-S1 implantées en 2002, parallèlement à des symptômes douloureux radiculaires dans le membre inférieur droit. En outre, cette assurée est dans un état général inquiétant avec une cachexie d'origine indéterminée avec l'allégation de nausées et de vomissements itératifs. Qui plus est, cette assurée aurait eu des antécédents d'éthylysme chronique, ce qui aurait vraisemblablement pu contribuer au développement d'une nécrose aseptique au niveau de sa hanche droite parallèlement à des antécédents fracturaires atraumatiques au pied gauche. Compte tenu de ces éléments, il conviendrait aussi de s'enquérir d'une éventuelle ostéoporose sous[-]jacente chez une patiente qui plus est ménopausée.

Compte tenu de signes comportementaux de Waddell et de critères suggestifs d'une amplification des symptômes, le Dr W. _____ préconisait de procéder à une expertise psychiatrique. Il a constaté que, d'un point de vue somatique, la capacité de travail de l'expertisée était nulle tant dans l'activité habituelle en raison de ses limitations fonctionnelles (pas de port ni de soulèvement de charges de plus de cinq kilos, alternance des positions assise et debout toutes les quinze minutes, pas d'activité en porte-à-faux, pas d'activité de marche) que dans une activité adaptée aux restrictions susmentionnées.

Par communication du 18 juillet 2012, l'office AI a informé l'assurée qu'il renonçait pour l'heure à mettre en œuvre des mesures de

réadaptation d'ordre professionnel compte tenu de la situation médicale non stabilisée.

Sur la base des renseignements obtenus, l'office AI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr L._____. Après un entretien avec l'assurée et son médecin traitant et l'étude du dossier médical, ce médecin n'a, dans son rapport du 15 février 2013, pas retenu de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail. Il a par contre posé les diagnostics non incapacitants de dysthymie (présent depuis 2011) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (présent depuis le mois d'avril 2012). Au moment d'apprécier la situation, cet expert a en particulier émis les considérations suivantes :

[...]

Actuellement, l'humeur est légèrement déprimée avec un discours à teinte négative, une réduction de la mimique et de la gestuelle, mais l'absence de tristesse franche, l'absence de pleurs, l'absence de perte de l'élan vital, l'absence d'abattement ainsi qu'une modulation de la voix conservée. Est présente une perte de la confiance en soi en raison du handicap physique, un ralentissement moteur lié aux douleurs, des troubles du sommeil également liés aux douleurs et sont rapportés des pleurs. Il n'y a pas d'anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir) dans la mesure où les promenades avec les chiens, les bains chauds, le fait d'être avec ses enfants, de jouer aux cartes, de faire du crochet ou de rencontrer ses amies continuent à être des activités source de plaisir. Il n'y a pas de sentiments de culpabilité car les reproches que s'adresse Madame A._____ n'ont pas de caractère excessif ou inapproprié. Il n'y a pas d'idées de mort ou de suicide, l'appétit est conservé (reprise progressive de poids), il n'y a pas de diminution de la *libido* (les relations sexuelles sont rendues problématiques à cause des douleurs que ressent l'assurée), il n'y a pas de sentiments de désespoir (Madame A._____ pense à une solution possible à ses affections physiques), il n'y a pas de ruminations, de retrait social, de diminution de l'appétit à penser, de perte de l'énergie, de ralentissement idéique, d'aboulie (perte de la volonté), ni de diminution de l'appétit à penser.

Ce qui précède signifie qu'il n'y a pas de critères suffisants pour pouvoir poser un diagnostic d'épisode dépressif, même de degré léger. Par contre, le diagnostic de dysthymie doit être retenu. Cette affection fait référence à une forme de dépression atténuée chronique.

Concernant les éléments-clé de la dysthymie potentiellement incapacitants (diminution de l'énergie, diminution de la volonté,

ralentissement idéomoteur, diminution de l'aptitude à penser, perte de la confiance en soi), il n'y a pas de réduction de l'énergie avec, à l'observation clinique directe, l'absence de perte de l'élan vital. Cela a tendance à être confirmé à l'analyse du déroulement du quotidien avec la présence de journées structurées et d'activités conservées pendant la journée. Il n'y a pas d'aboulie (perte de la volonté) en ce sens que, par exemple, Madame A. _____ se force à passer l'aspirateur ou à faire, deux fois par jour, de la marche avec ses chiens malgré les douleurs. Il n'y a pas de ralentissement idéique (initiative, fluidité idéiques) : le ralentissement moteur est provoqué par les douleurs que ressent l'assurée. Il n'y a pas de diminution de l'aptitude à penser avec l'absence de troubles de la concentration. Ainsi, au cours de l'entretien d'expertise psychiatrique du 13 février 2013, Madame A. _____ a compris et a répondu aux questions sans hésitations ou temps de latence anormalement accru : le fait qu'elle s'adonne à la lecture ou qu'elle joue aux cartes parle contre la présence de troubles de la concentration. De même, nous n'avons pas constaté de troubles formels de la mémoire à court terme ou à long terme. Enfin, le manque de confiance en soi est lié au handicap physique qui entrave l'exercice d'une activité professionnelle ; il ne s'agit pas d'une perte de l'estime de soi (l'assurée ne se traite pas de « nulle » ou d'incapable).

Ce qui précède signifie que la dysthymie que présente Madame A. _____ n'est pas à l'origine de limitations fonctionnelles susceptibles d'entraver l'aptitude au travail.
[...]

L'assurée présente actuellement des douleurs qu'elle situe dans le bas du dos, entre les omoplates, aux deux hanches ainsi qu'aux deux genoux. Celles-ci sont intenses et s'accompagnent d'un sentiment de détresse. En outre, elles constituent en permanence sa préoccupation essentielle (le quotidien de Madame A. _____ est organisé en majeure partie en fonction des douleurs qu'elle ressent). Par contre, selon le Docteur N. _____ (13 février 2013), l'on ne peut pas dire qu'elles ne sont pas non entièrement expliquées par une atteinte somatique. En effet, le Docteur N. _____ estime qu'il existe une atteinte permettant de rendre compte de l'ampleur des douleurs mais que sa nature reste à déterminer.

Par conséquent, au vu de la non vérification de ce critère essentiel, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ne doit pas être posé.

Par contre, le Docteur W. _____, dans le rapport d'expertise rhumatologique du 12 juillet 2012, fait mention, à plusieurs reprises, d'un syndrome d'amplification des symptômes avec la prise d'une position fœtale ainsi qu'une boiterie démonstrative et caricaturale du membre inférieur droit. Il est fait part de trois signes comportementaux de Waddell positifs et que le status clinique est « parasité » [sic] par des stigmates d'amplification des symptômes.

Au cours de l'entretien d'expertise psychiatrique du 13 février 2013, la théâtralité et la démonstrativité ont pu être confirmées (notamment, Madame A. _____ s'est accroupie, à plusieurs reprises, sur le sol, en invoquant les douleurs). Les causes psychologiques susceptibles d'expliquer les symptômes excessifs peuvent être constitués par la crainte manifeste d'un handicap prononcé ou une quête d'attention accrue.

Au vu de ce qui précède, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) doit être posé.

Cette affection n'est toutefois à l'origine d'une incapacité de travail sur le plan psychiatrique, cela en raison de son caractère relativement conscient.

Les éléments de pronostic favorable sont constitués par l'absence de trouble de la personnalité, par la résolution de la problématique alcoolique, par l'absence d'hérédopathie ainsi que par l'étayage socio-familial préservé. Les éléments de pronostic défavorable sont constitués par le facteur de stress permanent représenté par les douleurs, par le déni de la souffrance psychique, par la fragilité (vulnérabilité) psychique ainsi que par le refus de toute aide spécialisée (psychiatrique, psychothérapeutique). Globalement, le pronostic doit être qualifié d'incertain, voire de défavorable.

En effet, Madame A. _____ présente une réticence marquée pour aborder sa souffrance psychique, passée ou présente. Cela est à l'origine du fait qu'elle montre la tendance à faire plus que ce dont elle n'est réellement capable. Tout se passe comme si elle luttait contre l'effondrement dépressif, risque qui est relativement élevé.

Quoi qu'il en soit, actuellement, il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiques susceptibles d'être à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. Sur un plan purement psychiatrique, celle-ci est de 100%.

De même, pour la période passée, il n'y a pas d'arguments en faveur d'une incapacité de travail durable, totale ou partielle, pour des raisons psychiatriques.

En résumé, il s'agit d'une assurée de 47 ans qui souffre d'une dysthymie (forme de dépression atténuée chronique) ainsi que d'une Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, affections qui ne sont pas à l'origine d'une diminution de l'aptitude au travail. Un diagnostic de trouble de la personnalité ne doit pas être posé et il en est de même pour les affections d'anorexie mentale et de boulimie. La pathologie alcoolique passée est résolue et n'est pas à l'origine de séquelles incapacitantes. La prise de cannabis est réduite et n'a pas d'impact sur l'aptitude au travail.

Sur mandat de l'office AI, l'assurée a été revue par le Dr W. _____. Dans son rapport du 23 mai 2013, ce médecin a posé les diagnostics suivants :

Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- Lombo-radiculalgies irritatives bilatérales qui prédominent au membre inférieur droit
 - Failed back surgery syndrome
 - Status après arthroplastie prothétique L4-L5 et L5-S1 en 2002
 - Hernie discale L3-L4 médiane paramédiane droite

- Hernie discale L2-L3 paramédiane foraminale droite
- Status après implantation d'un stimulateur médullaire en mai 2012
- Status après PTH [prothèse totale de la hanche] droite pour une nécrose aseptique et une coxarthrose en 2010
- Fracture du poignet gauche en avril 2013.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Tabagisme chronique
- Fracture par insuffisance de l'astragale et du calcanéum gauche en 2008.

L'expert rhumatologue s'est ensuite notamment exprimé comme suit :

5. Appréciation du cas et pronostic

[...]

Subjectivement, l'assurée annonce une amélioration des douleurs lombaires et radiculaires aux membres inférieurs de l'ordre de 20%, elle déclare encore une restriction dans l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne qui est liée à la persistance de ses lombalgies et de ses radiculalgies. Le traitement de Palexia a permis de faire cesser l'état nauséux et les vomissements dont elle avait souffert, sous le traitement de Targin qu'elle prenait en 2012.

Objectivement, à l'examen clinique, on constate principalement une disparition des éléments d'amplification des symptômes qui avaient été observés lors de la présente [recte : précédente] expertise d'avril 2012, il ne demeure qu'un seul signe de Waddell caractérisé par des troubles neurologiques mal systématisés mais les autres symptômes d'amplification ont quant à eux disparus. On observe un syndrome rachidien lombaire indéniable parallèlement à une mobilité rachidienne lombaire diminuée, dans un contexte de troubles statiques avec une attitude en baïonnette, elle signale des douleurs lombaires basses au site de l'implantation des prothèses discales, mais également au site d'implantation de l'électrode du stimulateur médullaire. D'un point de vue neurologique, on constate actuellement l'absence de troubles moteurs et sensitifs significatifs mais essentiellement des signes d'irritation radiculaire au membre inférieur droit.

En somme, au terme des investigations qui ont été réalisées du point de vue neurochirurgical, neurologique, psychiatrique et internistique, on peut estimer que la situation médicale globale de l'assurée est rassurante, les éléments d'inquiétude qui avaient été relevés en avril 2012, concernant l'état général de l'assuré[e], n'ont pas été confirmés, il n'y a actuellement pas d'indication à une nouvelle intervention neurochirurgicale, vu qu'il n'y a actuellement pas de déficit moteur ou sensitif significatif et objectif. Enfin il n'y a pas d'éléments de gravité quant à l'état d'amaigrissement dont souffrait l'assurée sur la base des investigations réalisées par le Dr N. _____, elle ne souffre enfin pas d'ostéoporose.

Cette assurée souffre d'un failed back surgery syndrome, à savoir des lombo-radiculalgies irritatives persistantes dans le cadre d'un

status postopératoire lombaire extensif avec implantation de disques prothétiques en L4-L5 et en L5-S1, parallèlement à des hernies discales L2-L3 et L3-L4, chez une assurée qui a par ailleurs aussi été opérée d'une PTH [prothèse totale de la hanche] droite en 2010. Le traitement qu'elle a reçu depuis une année sous la forme de l'implantation d'un stimulateur médullaire et la p[r]ise de Palexia a permis de diminuer quelque peu l'intensité douloureuse, mais l'assurée souffre toujours d'une certaine restriction fonctionnelle rachidienne même dans l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne.

Le Dr W._____ a évalué la capacité de travail de l'assurée comme nulle dans l'activité habituelle de veilleuse de nuit et auxiliaire de santé en EMS depuis le 23 mai 2011 en raison de ses limitations fonctionnelles (pas de port ni de soulèvement de charges de plus de cinq kilos, alternance des positions assise et debout toutes les vingt minutes, pas d'activité avec le buste en porte-à-faux, pas d'activité de marche prolongée [plus d'un kilomètre]). Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail résiduelle s'élevait à 50 % au maximum (sans baisse de rendement) depuis le 21 mai 2013, compte tenu de l'absence actuelle d'éléments attestant une atteinte neurologique déficitaire aux membres inférieurs.

En annexe de ce rapport figurait en particulier une lettre de sortie relative à un séjour hospitalier du 4 au 7 décembre 2012 adressée le 11 février 2013 au Dr N._____ par le Dr P._____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, dans laquelle il était indiqué que l'assurée bénéficiait d'un traitement consistant en l'implantation d'un stimulateur médullaire, d'un suivi régulier en physiothérapie et d'un soutien psychiatrique auprès du Centre de la douleur [...]. Des problèmes liés à l'implantation des électrodes ont nécessité plusieurs interventions subséquentes (lettre de sortie du 11 février 2013 relative à une hospitalisation du 25 au 27 février 2013 ; rapport du 4 novembre 2013).

Le 8 août 2013, l'assurée a informé l'office AI de sa nouvelle adresse à [...] dans le canton de [...].

Une enquête ménagère a été effectuée le 9 janvier 2014 au domicile de l'assurée, laquelle a mis en évidence une entrave de 17.1 % dans l'accomplissement des travaux habituels (rapport du 21 janvier 2014).

Dans un rapport du 16 juin 2014, le Dr N._____ a indiqué un pronostic réservé et constaté que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité depuis le 20 mai 2011.

Toujours dans le cadre de l'instruction de la demande, l'assurée s'est vu allouer une mesure d'observation professionnelle qui s'est déroulée du 11 août au 10 octobre 2014 auprès du J._____ (J._____) de [...]. A l'issue de cette mesure, il a été constaté qu'en raison de son état de santé, l'assurée ne disposait pas à l'heure actuelle d'une capacité résiduelle de travail lui permettant de retourner dans l'économie libre (rapport du 14 octobre 2014).

Dans un rapport adressé le 10 septembre 2014 au Dr N._____, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'une arthro-IRM effectuée le 5 septembre 2014 avait mis en évidence une petite lésion dégénérative du bourrelet cotyloïdien ainsi qu'une coxarthrose débutante. Les douleurs ressenties pouvaient être améliorées de façon significative par une arthroplastie totale de la hanche gauche. L'intéressée n'était cependant pas prête à une telle chirurgie pour le moment. Le 26 mai 2015, ce médecin a répondu comme suit aux questions adressées dans l'intervalle par l'office AI :

Cette atteinte de la hanche est-elle actuellement invalidante au point de ne pas permettre à l'assurée une CT [capacité de travail] de 50 % dans une activité répondant de façon stricte aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg, alterner les positions assises et debout toutes les vingt minutes, pas d'activité en position de porte-à-faux avec le buste, pas d'activité de marche prolongée ?

Une coxarthrose protrusive avec lésion dégénérative du bourrelet cotyloïdien permettrait à l'assurée une capacité de travail à hauteur de 50 % dans l'activité mentionnée.

Dans le cas où cette atteinte de la hanche diminue la capacité de travail décrite plus haut, nous souhaitons savoir si une arthroplastie de la hanche comme vous l'avez proposé à l'assurée permettrait de la rétablir donc toujours à 50 % et toujours avec des limitations fonctionnelles ?

Oui, une arthroplastie totale de la hanche permettrait de réaliser une activité à hauteur de 50 % avec les limitations fonctionnelles décrites.

Par projet de décision du 21 octobre 2015, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait refuser sa demande de prestations, motif pris que le degré d'invalidité (27,1 %), calculé d'après la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

En réponse à ce projet, l'assurée a produit deux rapports des 8 septembre et 28 septembre 2015, respectivement du Dr Z. _____ et de son médecin traitant. Selon ce dernier médecin, seul un examen interdisciplinaire de la part du SMR permettrait de faire le bilan des différents problèmes dont souffre l'assurée.

Malgré les rapports précités, l'office AI a, par décision du 22 février 2016, confirmé la teneur de son projet de décision et, partant, rejeté la demande de prestations de l'assurée.

B. **a)** Par acte du 7 avril 2016, A. _____, représentée par Me Benoît Sansonnens, a déféré la décision du 22 février 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité ainsi qu'au renvoi de la cause à l'office AI pour calcul du montant de ladite prestation. En substance, elle estimait qu'il convenait d'appliquer la méthode ordinaire de comparaison des revenus en lieu et place de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

b) Dans sa réponse du 4 mai 2016, l'office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Se référant aux indications du formulaire complété le 28 novembre 2011 et de l'enquête ménagère réalisée le 9 janvier 2014 au domicile de l'assurée, il a relevé que la part de 70 % consacrée à l'activité lucrative et la part de 30 %

consacrée à l'accomplissement des travaux habituels devaient être confirmées. Séparée depuis 2012, l'intéressée avait déclaré à l'enquêtrice qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler au taux précité en assumant financièrement ses charges et en participant à la vie courante avec son nouveau compagnon, propriétaire de la maison où elle résidait désormais.

c) Dans sa réplique du 31 mai 2016, la recourante a transmis à la Cour de céans une attestation établie le 30 avril 2016 dont il ressortait qu'elle louait une caravane au camping de [...] depuis le mois de mai 2016, date de la séparation d'avec son compagnon.

d) Dans sa duplique du 16 juin 2016, l'intimé a confirmé les conclusions prises à l'appui de sa réponse. Le fait que la recourante résidait au camping constituait un élément postérieur à la décision litigieuse du 22 février 2016.

e) Dans d'ultimes déterminations du 22 août 2016, la recourante a maintenu en intégralité ses précédentes conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile compte tenu des fêtes pascales 2016 (art. 38 al. 4 let. a LPGA) et auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 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 (art. 7 al. 1 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 une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une

demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

b) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 et la référence).

c) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses

qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; voir également ATF 133 V 504 consid. 3.3; ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et ATF 125 V 146 consid. 5c/bb ; TF 9C_49/2008 du 28 juillet 2008 consid. 3.1 - 3.4 et TFA I 156/04 du 13 décembre 2005 consid. 5.1.2).

d) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 ; TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 et les références).

e) L'arrêt rendu le 2 février 2016 par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire Di Trizio c. Suisse (requête n° 7186/09) - ne remet pas en cause l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, le Tribunal fédéral ayant jugé que cet arrêt ne s'appliquait qu'au cas de figure où un changement de statut de la personne assurée - et la perte de la prestation de rente qui s'ensuivait - était lié à la naissance

d'un enfant et à une réduction corrélative du taux d'activité (ATF 143 I 50; cf. aussi ANNE-SYLVIE DUPONT, Arrêt Di Trizio c. Suisse - une appréciation, REAS 4/2016 p. 479, et THOMAS GÄCHTER/MICHAEL E. MEIER, Der Entscheid « Di Trizio » : Wirklich eine Rechtssache für den EGMR ?, REAS 4/2016 p. 483 s.).

f) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, 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. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

De manière générale, 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

4. a) En l'occurrence, la recourante conteste le statut mixte retenu par l'office intimé, à savoir celui d'active à 70 % et de ménagère à 30 %. Elle prétend qu'en bonne santé, après son divorce prononcé le 17 novembre 2014, elle aurait été contrainte de travailler à plein temps, reprochant à l'office AI de ne pas avoir analysé la question de savoir si le taux d'activité proposé en cas d'absence d'atteinte à la santé était économiquement viable.

b) Dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 9 janvier 2014, l'enquêtrice de l'office AI a rapporté les déclarations de la recourante en ces termes :

Mme A. _____, sans atteinte à la santé, aurait continué son travail à 70% dans l'EMS qui l'embauchait. Lors de l'apparition de son atteinte à la santé, l'assurée vivait avec son époux et ses enfants dans la maison dont elle est propriétaire. Son salaire et son temps de travail lui permettaient d'assumer son quotidien, ayant un jour par semaine avec ses enfants et pour sa maison. Son mari gardait les enfants la nuit pendant que Mme A. _____ travaillait et elle pouvait être présente à leur retour de l'école. Il y a 2 ans, déjà atteinte dans sa santé, l'assurée s'est séparée d'avec son mari. Cette séparation n'aurait selon ses propos, rien changé à son statut, puisque son ami aurait gardé les enfants pendant ses nuits de travail. Elle aurait continué à 70%, pouvant assumer financièrement ses charges et participer à la vie courante avec son compagnon.

Mme A. _____ est atteinte dans sa santé depuis 2011 mais a souffert plusieurs années suivant son opération de la hanche. Elle a pu faire des formations, malgré qu'elle prenait déjà des médicaments antidouleurs. Elle a tenté de se maintenir chez son employeur, même en qualité de bénévole mais Mme A. _____, étant trop douloureuse et en démarche pour changer de profession, plus adaptée a été licenciée.

Les dettes actuelles de Mme A. _____ sont présentes depuis son atteinte à la santé et plus particulièrement depuis son licenciement. Elle n'a selon ses propos pas droit à l'aide sociale et se fait aider par une assistante sociale des services sociaux selon ses difficultés. Toutefois cette problématique est présente en raison de l'absence de revenus depuis son atteinte à la santé.

Des déclarations qui précèdent, il ressort que la recourante aurait maintenu son emploi, occupé depuis plusieurs années au même pourcentage (70 %). Sa séparation n'aurait rien changé à sa situation financière, dans la mesure où elle pouvait continuer à partager les frais de son ménage avec son compagnon, sans être contrainte d'accroître son taux d'activité ; la situation était par conséquent économiquement viable, contrairement à ce qu'allègue l'intéressée. Les dettes qu'elle a contractées envers son compagnon et sa famille depuis la survenance de ses problèmes de santé ne sont pas un élément dont il y a lieu de tenir compte, dès lors qu'elles résultent de l'absence de revenus consécutif à son licenciement. Cela étant, il y a lieu de reconnaître à la recourante un statut mixte et de constater que si elle avait été en bonne santé, elle aurait consacré 70 % de son temps à l'exercice de son activité professionnelle et le reste à l'accomplissement de ses travaux habituels.

Partant, le grief tiré d'une application erronée du statut mixte de la part de l'office AI doit être écarté.

5. S'agissant de l'invalidité pour la part que la recourante consacre à son activité lucrative, il convient de procéder aux constatations suivantes :

a) En ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail, la recourante ne remet pas en cause les conclusions médicales de l'office AI, aussi bien sur le plan rhumatologique que psychiatrique.

Ainsi, il n'y a pas lieu de s'écarter des constatations des Drs W. _____ et L. _____, d'après lesquelles, la recourante dispose, depuis le 21 mai 2013, d'une capacité de travail de 50 % au maximum dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité sans port ni soulèvement de charges de plus de cinq kilos, avec alternance des positions assise et debout toutes les vingt minutes, sans activité en porte-à-faux avec le buste et sans marche prolongée [plus d'un kilomètre]). On précisera néanmoins que dans son rapport du 23 mai 2013 (p. 9), l'expert rhumatologue a conclu à une incapacité totale de travailler dans toute activité depuis le mois de mai 2011 jusqu'au 21 mai 2013, élément dont il convient de tenir compte. Au surplus, il n'y a pas lieu d'attacher une importance particulière aux résultats du stage d'évaluation qui s'est déroulé au J. _____ de [...], le Dr L. _____ ayant mis en évidence chez la recourante une tendance à la majoration des symptômes (rapport d'expertise, p. 14).

b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

c) En l'occurrence, il est établi que la recourante a présenté une incapacité de travail totale à compter du mois de mai 2011, puis une capacité de travail de 50 % au maximum dans une activité adaptée dès le

21 mai 2013, si bien qu'il y a lieu de procéder à une double comparaison des revenus.

aa) Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGA; art. 28a al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

En l'espèce, la recourante a œuvré comme veilleuse de nuit à 70 % pour l'EMS «H. _____ ». Selon le questionnaire complété le 21 novembre 2011 par cet employeur et ses annexes, le revenu sans invalidité de l'intéressée se serait élevé à 38'916 fr. 15 (2'993 fr. 55 x 13) en 2011, ce qui, après indexation, correspond à un montant de 39'305 fr. 31 en 2012 (+ 1.0 %) et de 39'580 fr. 45 en 2013 (+ 0.7 %).

bb) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; Pratique VSI 5/1999 p. 182).

Dans le cas présent, le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), était, en 2012, de 4'112 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2012, TA 1, niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 4'287 fr., soit annuellement 51'444 francs. Afin d'obtenir le revenu annuel pour 2013, il convient d'adapter ce montant à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les femmes de l'année 2013 (+ 0.7 %), ce qui donne un revenu annuel de 51'804 francs.

cc) Pour la période de mai 2011 jusqu'au 21 mai 2013, le degré d'invalidité est de 100 %, dès lors que la capacité de travail de la recourante était nulle.

Pour la période du 22 mai 2013 jusqu'à la date de décision querellée, la recourante disposait d'une capacité de travail de 50 %. La comparaison d'un revenu de 39'580 fr. 45 avec un revenu de 25'902 fr. ($[51'804 \text{ fr.} \times 50] / 100$) aboutit à un degré d'invalidité de 35 %.

6. S'agissant de l'entrave dans l'accomplissement des travaux habituels, le rapport d'enquête économique sur le ménage du 21 janvier 2014 conclut à une incapacité de 17.1 %. Il n'y a pas lieu de s'écarter de ce rapport, lequel remplit les critères jurisprudentiels résumés ci-avant (cf. consid. 3d *supra*) pour se voir accorder pleine valeur probante et dont les conclusions ne sont du reste pas remises en cause par la recourante.

7. **a)** Pour la période de mai 2011 jusqu'au 21 mai 2013, le taux d'invalidité globale doit être fixé à 75 % ($[100 \times 0,7] + [17,1 \times 0,3]$), taux qui ouvre le droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI).

b) Pour la période du 22 mai 2013 jusqu'à la date de décision querellée, le taux d'invalidité globale doit être fixé à 30 % ($[35 \times 0,7] + [17,1 \times 0,3]$), taux inférieur au seuil de 40 % permettant le maintien du droit à la rente (cf. art. 28 al. 2 LAI).

8. La recourante se prévaut à l'appui de son recours d'un changement notable de la situation depuis la date de la décision litigieuse, dans la mesure où elle ne vit plus en concubinage depuis le mois de mai 2016 à tout le moins, selon une attestation du 30 avril 2016 qu'elle produit. Or cette modification des circonstances est objectivement propre, chez une personne valide, à conduire à l'augmentation du taux d'activité afin de compenser les répercussions financières consécutives à la fin du concubinage. Dans l'hypothèse où tel ne serait pas le cas, il appartiendrait en tout état de cause de mettre en œuvre une nouvelle enquête économique sur le ménage, dès lors que la recourante ne peut plus compter sur l'aide de son compagnon pour effectuer ses travaux habituels. Il se justifie par conséquent de transmettre le dossier à l'OAI pour qu'il procède à un nouvel examen de la situation.

9. En définitive, le recours, doit être partiellement admis et la décision entreprise réformée, en ce sens que la recourante est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} mai 2012 (art. 29 al. 1 et 3 LAI) au 31 juillet 2013 (art. 88a al. 1 RAI).

10. a) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; 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 1'000 fr. (cf. 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. et être mis par 200 fr. à la charge de l'office intimé et par 200 fr. à la charge de la recourante (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière a été mise au

bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

b) Obtenant partiellement gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens réduits (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 et 56 al. 2 LPA-VD, applicables sur renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Selon l'art. 11 al. 2 TFJDA (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance de la cause, ses difficultés et l'ampleur du travail effectué, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs.

In casu, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens réduits, à la charge de l'intimé.

c) Dans la mesure où ces dépens ne couvrent pas l'intégralité des frais de représentation de son défenseur d'office, il convient encore de fixer la rémunération de ce dernier. Par courriers du 6 avril 2017, Me Sansonnens a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure pour la période courant du 3 mars 2016 au 5 avril 2017. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 15 heures et 42 minutes, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]), soit 2'826 fr., à quoi s'ajoutent 67 fr. 85 de débours, ce qui représente un montant total en faveur de Me Sansonnens de 3'125 fr. 35, TVA au taux de 8% par 231 fr. 50 comprise.

d) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC ; 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 22 février 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens qu'A. _____ a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} mai 2012 au 31 juillet 2013.
- III. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il procède conformément aux considérants.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de l'Etat.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ un montant de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens réduits.
- VI. Il est alloué à Me Benoît Sansonnens, conseil d'office de la recourante, une indemnité fixée, après déduction des dépens précités, à 2'125 fr. 35 (deux mille cent vingt-cinq francs et trente-cinq centimes), TVA et débours compris.
- VII. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Benoît Sansonnens (pour A. _____),
- 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 :