

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 décembre 2023

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
M. Gutmann et Mme Saïd, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

J. \_\_\_\_\_, à P. \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Me François Gillard,  
avocat à Belmont-sur-Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Entrée en Suisse en 2003, J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante brésilienne, née en 1972, mère de trois enfants adultes, est titulaire d'une autorisation de séjour (permis B). Au bénéfice d'un diplôme de styliste onguilaire obtenu en Suisse, elle a travaillé en qualité de serveuse en 2010 au restaurant H.\_\_\_\_\_ à T.\_\_\_\_\_, puis en qualité de styliste onguilaire indépendante, avant d'œuvrer en qualité de femme de ménage au Centre N.\_\_\_\_\_ à P.\_\_\_\_\_, activité qu'elle aurait cessé d'exercer en mai 2019.

Souffrant d'une symptomatologie dépressive, J.\_\_\_\_\_ a déposé, le 29 octobre 2019, 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 des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assurée.

Le 6 janvier 2020, l'assurée a répondu à un questionnaire de l'office AI relatif à son statut (part active/part ménagère) ; elle a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % dans le secteur de la restauration.

A son rapport du 28 janvier 2020, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a joint celui établi le 24 janvier 2020 par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, dans lequel ce médecin avait posé le diagnostic de syndrome douloureux ubiquitaire correspondant à une fibromyalgie sans argument en faveur d'une spondylarthropathie. Selon le Dr M.\_\_\_\_\_, la capacité de travail était entière en toute activité, sa patiente ne présentant aucune limitation fonctionnelle sur le plan de la médecine interne générale.

Dans un rapport du 30 janvier 2020, les Drs S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G.\_\_\_\_\_, médecins auprès du Centre D.\_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic - avec effet sur la

capacité de travail - de trouble de l'humeur, épisode dépressif récurrent, actuellement sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Au jour du rapport, ces médecins ont estimé que l'assurée n'était pas en état de travailler ; toutefois, la poursuite du suivi et de la médication était susceptible de conduire à une amélioration de l'humeur et, par là même, à la reprise progressive d'une activité professionnelle à temps partiel.

Après avoir pris connaissance des éléments médicaux au dossier, la Dre Z.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a, dans un avis médical du 8 février 2021, demandé la réalisation d'une expertise psychiatrique, pour laquelle l'office AI envisageait de mandater le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Représentée par Me François Gillard, avocat, l'assurée a, par courrier du 27 avril 2021, déclaré qu'elle s'opposait à la désignation du Dr X.\_\_\_\_\_ en tant qu'expert. Outre que ce médecin n'était pas un spécialiste de la fibromyalgie, elle s'est prévalu d'un rapport médical établi le 8 avril 2021 par la Dre B.\_\_\_\_\_, médecin assistante auprès d'O.\_\_\_\_\_, ensuite d'une consultation du même jour motivée par des douleurs lombaires gauches.

Appelée à se prononcer, la Dre Z.\_\_\_\_\_ a relevé que, mis à part le rapport de sa consœur B.\_\_\_\_\_, les derniers rapports des médecins traitants dataient de plus d'une année. Aussi, afin de disposer d'une évaluation objective et actualisée de la capacité de travail ainsi que des éventuelles limitations fonctionnelles, la Dre Z.\_\_\_\_\_ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (avis médical du 18 mai 2021).

Pour ce faire, l'office AI a confié à F.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : F.\_\_\_\_\_ SA) à R.\_\_\_\_\_ la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet de médecine interne générale (Dre V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale), un volet psychiatrique (Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et un volet rhumatologique (Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie). Dans leur

rapport du 15 décembre 2021, les experts ont posé les diagnostics – ayant une incidence sur la capacité de travail – de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinente (F10.20) et de discrète tendinopathie de l'épaule droite. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics suivants : dysthymie ; trouble dépressif récurrent en rémission ; traits de personnalité borderline de type impulsif non décompensée ; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cannabis, actuellement abstinente ; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, actuellement abstinente ; fibromyalgie ; masse corporelle à la limite inférieure de la norme (18,9 kg/m<sup>2</sup>) ; tabagisme chronique ; hypercholestérolémie ; infections urinaires récidivantes ; status après appendicectomie par laparoscopie pour appendicite en février 2019 ; status après douleurs thoraciques peu typiques en juin 2018, ergométrie douteuse ; status après mise en place d'implants mammaires bilatéraux en 2010 ; status après pyélonéphrite gauche en 2006 ou 2007.

S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, les experts ont répondu en ces termes aux questions posées :

**« Présence d'une incapacité de travail durable engendrée par une atteinte à la santé (à quel taux et depuis quand) ?**

Du point de vue **psychiatrique**, il existe une incapacité de travail durable en lien avec la dépendance à l'alcool (actuellement abstinente) dans le métier de serveuse et dans tout autre métier entraînant un contact régulier avec l'alcool depuis au moins 2010, date de sa dernière activité dans ce domaine.

Du point de vue **rhumatologique**, il n'y a pas d'incapacité de travail durable engendrée par une atteinte à la santé. A noter que depuis septembre 2021, en raison d'une tendinopathie de l'épaule droite, la personne assurée (qui est droitère) est dans l'incapacité de reprendre son activité habituelle de femme de ménage, serveuse ou encore styliste ongulaire, et ce pour une durée de 3 mois.

Du point de vue de la **médecine interne**, non.

**Capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (à quel taux et depuis quand) ?**

Du point de vue **psychiatrique**, la capacité de travail dans l'activité habituelle de serveuse a vraisemblablement été nulle depuis 2010, où la personne assurée explique avoir travaillé dans le Café A.A. \_\_\_\_\_ pendant 6 mois. Actuellement, cette capacité de travail est de 0 % en raison des risques de rechute sur le plan de l'alcool.

Par contre, dans une activité adaptée, comme peut l'être celle de femme de ménage ou de styliste ongulaire visiblement sans contact avec de l'alcool, la capacité de travail a été de 100 % jusqu'à l'arrêt de son dernier emploi en 2010 et jusqu'en 2018, date à laquelle la personne assurée était sevrée au moins du cannabis et de la cocaïne, puis de 50 % jusqu'au sevrage total de l'alcool, vraisemblablement en mars 2019. Les consommations antérieures à 2010 n'ont visiblement pas empêché la personne assurée d'avoir une activité professionnelle. Aucune pathologie psychiatrique incapacitante n'a pu être mise en évidence depuis mars 2019 ; la capacité de travail est de 100 % depuis cette date.

Du point de vue **rhumatologique**, dans son activité habituelle de femme de ménage, serveuse ou encore styliste ongulaire, la capacité de travail a toujours été de 100 %. Depuis septembre 2021, compte tenu de la présence d'une tendinopathie de l'épaule droite, la capacité de travail est de 0 %, ces activités ne respectant vraisemblablement pas le profil d'effort. Elle sera de 100 % dans un délai de 3 mois. Dans une activité adaptée, la capacité de travail a toujours été médico-théoriquement de 100 %.

Du point de vue de la **médecine interne**, la capacité de travail est de 100 % depuis toujours dans toute activité.

### **Limitations fonctionnelles à retenir ?**

Du point de vue **psychiatrique**, il n'y a pas de limitation fonctionnelle à retenir. En lien avec le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance actuellement abstinente, le métier de serveuse et tout autre métier entraînant un contact régulier avec l'alcool sont à proscrire.

Du point de vue **rhumatologique**, la personne assurée est capable d'effectuer un travail en limitant le port de charges, les mouvements au-dessus de la ceinture scapulaire et les mouvements répétitifs au niveau du membre supérieur droit.

Du point de vue de la **médecine interne**, aucune ».

Sollicitée pour détermination, la Dre Z. \_\_\_\_\_ a déclaré faire siennes les conclusions expertales (rapport du 18 janvier 2022).

Par projet de décision du 22 avril 2022, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente d'invalidité et mesures professionnelles), au

motif que, après comparaison des revenus sans et avec invalidité, elle ne subissait pas de préjudice économique.

Le 23 mai 2022, l'assurée a soulevé des objections à l'encontre de ce projet de décision en indiquant qu'elle présentait de nombreux troubles invalidants, à savoir des problèmes psychiques et une fibromyalgie, lesquelles faisaient obstacle à la reprise d'une activité professionnelle. Dans un courrier complémentaire du 27 juin 2022, elle s'est aussi prévaluée d'une « grande fragilité » mais aussi d'une « extrême labilité » en reprochant à l'office AI de ne pas avoir tenu compte de l'ensemble de ces éléments dans son évaluation de la capacité de travail.

Par courrier du 21 juillet 2022, l'assurée a transmis à l'office AI un rapport établi le 14 juillet 2022 par le Dr M.\_\_\_\_\_. Ce médecin y faisait état d'un syndrome douloureux multisite de type fibromyalgique apparu sur un terrain psychique particulièrement fragile. A cela s'ajoutaient des arthralgies et des myalgies, aggravées par une infection au coronavirus suivie d'un syndrome post-covid. Selon le Dr M.\_\_\_\_\_, l'ensemble de ces pathologies excluait toute capacité de travail complète et il convenait plutôt de retenir une capacité de travail de 30 %, dite capacité étant toutefois susceptible d'augmenter de 10 à 15 % tous les mois moyennant la mise en place de mesures adéquates.

Au terme de son avis médical du 23 août 2022, la Dre Z.\_\_\_\_\_ a considéré que le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 14 juillet 2022 n'apportait aucun élément médical nouveau justifiant une incapacité de travail durable, si bien qu'elle n'avait aucune raison de s'écarter de l'évaluation de F.\_\_\_\_\_ SA du 15 décembre 2021.

Par décision du 13 septembre 2022, l'office AI a entériné son refus de prester, conformément à son projet de décision du 22 avril 2022. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

**B. a)** Par acte du 14 octobre 2022, J.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Me Gillard, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision du 13 septembre 2022 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sans limite temporelle, subsidiairement au renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction.

Dans un premier moyen, l'assurée s'est plainte d'une mauvaise appréciation de son état de santé psychique. A cet égard, elle a fait valoir que ses limitations fonctionnelles avaient été sous-évaluées. En effet, elle avait déjà besoin pour elle-même d'une aide au quotidien, ce qui suffisait à démontrer son incapacité à pouvoir prendre et conserver un emploi à plein temps, et cela en tout cas sur une certaine durée. A tout le moins, il fallait tenir compte d'une perte de rendement d'au moins 30 % compte tenu de sa grande fatigabilité et de ses problèmes somatiques. Il fallait dès lors admettre une incapacité de travail durable de 70 % environ (cf. aussi le certificat médical du Centre D.\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2022). Il n'en demeurait pas moins qu'une réinsertion professionnelle occasionnerait une pression psychologique considérable que l'assurée ne pourrait pas supporter et qui la précipiterait dans une dépression encore plus sévère que celle qu'elle vivait actuellement. La Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin auprès du Centre D.\_\_\_\_\_, en était du reste consciente puisqu'elle avait, dans un rapport du 28 juillet 2022, exclu un travail à temps complet en raison d'une trop forte fragilité psychique.

Dans un second moyen, l'assurée a reproché à l'office AI d'avoir arbitrairement minimisé la fibromyalgie invalidante dont elle souffre. Même si la Cour de céans ne devait pas reconnaître cette atteinte, elle présentait malgré tout d'incontestables douleurs rhumatismales chroniques, affectant plusieurs de ses membres principaux. En outre, le rapport d'expertise du 15 décembre 2021 de F.\_\_\_\_\_ SA faisait mention de douleurs sur le haut du corps et surtout au niveau de l'épaule droite. Or l'assurée estimait que les activités exigibles du domaine industriel léger citées par l'office AI dans la décision attaquée (montage, contrôle ou

surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement) étaient plus contraignantes que celles de styliste ongulaire ou de femme de ménage. Il fallait par ailleurs tenir compte du fait que la limitation psychique était aussi importante que la limitation physique, voire davantage. Il n'était dès lors guère envisageable de confier des tâches de surveillance à une personne qui, au moins certains jours, n'était pas en mesure de se laver, de faire à manger voire d'effectuer des démarches administratives.

Au vu de ces éléments, l'assurée considérait que c'était à tort que l'office AI avait retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée en se fondant sur le rapport d'expertise de F.\_\_\_\_\_ SA car ses limitations étaient plus importantes que celles retenues par les experts. Aussi, fallait-il admettre le caractère lacunaire, respectivement insuffisant, de l'instruction conduite par l'administration, si bien qu'elle a sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

**b)** Par décision du 14 décembre 2022, la magistrate instructrice a accordé à l'assurée le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 octobre 2022 en nommant un conseil d'office en la personne de Me François Gillard. L'assurée était exonérée du paiement d'avances et de frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

**c)** Se référant dans sa réponse du 19 janvier 2023 à l'analyse de la situation médicale figurant dans les avis médicaux de la Dre Z.\_\_\_\_\_ des 18 janvier et 23 août 2022, l'office AI a conclu au rejet du recours.

**d)** A l'appui de sa réplique du 8 mars 2023, l'assurée a produit un bilan de suivi intermédiaire établi le 1<sup>er</sup> mars 2023 par la Dre Q.\_\_\_\_\_. Elle entendait en déduire que, parmi les diagnostics posés par sa psychiatre traitante, ceux de trouble dépressif récurrent et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe avaient des répercussions sur sa capacité de travail. Elle a également transmis un rapport médical du 14 septembre 2022 du Dr

M.\_\_\_\_\_, accompagné du résultat des analyses de laboratoires effectuées. Il en résultait qu'elle souffrait d'une atteinte infectieuse ou inflammatoire, ce qui parlait en faveur d'une probable pathologie thyroïdienne (hyperthyroïdie) : une consultation chez un endocrinologue était prévue. Son état de santé revêtant un caractère « très évolutif », il convenait d'attendre le rapport de ce spécialiste avant de se prononcer sur sa capacité de travail. L'assurée évoquait en outre des crises de fatigue et de paralysie susceptibles de durer plusieurs jours, lesquelles étaient associées à des idées noires lui ôtant toute énergie ainsi que la moindre volonté. Partant, elle a réitéré sa requête tendant à ce que l'office AI procède à un complément d'instruction sur le plan médical.

**e)** Le 16 mars 2023, l'assurée a produit le rapport établi le 8 mars 2023 par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Suspectant une maladie de Basedow, il a introduit un traitement médicamenteux.

**f)** Dupliquant le 23 mars 2023, l'office AI a renvoyé à l'analyse de la situation effectuée par le SMR le 22 mars 2023. Sur le plan psychique, il n'y avait pas eu de nouvel élément médical qui serait survenu entre la date de l'expertise auprès de F.\_\_\_\_ SA et celle de la décision attaquée. Sur le plan somatique, une nouvelle pathologie aiguë était apparue au mois de septembre 2022. Or si cette atteinte à la santé devait avoir une incidence durable sur la capacité de travail, l'assurée était invitée à déposer une nouvelle demande de prestations, accompagnée des documents médicaux rendant plausible une modification significative et durable de sa situation depuis la décision du 13 septembre 2022. En l'état du dossier toutefois, l'office AI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

**g)** S'exprimant par pli du 19 juin 2023, l'assurée a repris les arguments figurant dans ses précédentes écritures, selon lesquelles les pathologies diagnostiquées rendaient caduque l'instruction sur le plan médical, si bien qu'il convenait de compléter le dossier en mettant en œuvre une expertise comportant un volet psychiatrique.

**h)** Le 4 septembre 2023, la magistrate instructrice a fixé au conseil de l'assurée un délai au 25 septembre 2023 pour déposer la liste détaillée de ses opérations et débours. Elle l'a également rendu attentif au fait que, sous réserve d'un avis contraire de la Cour, la cause était en état d'être jugée, de sorte qu'elle renonçait à ordonner une nouvelle mesure d'instruction (tenue d'une audience et mise en œuvre d'une expertise médicale).

**i)** Dans ses déterminations du 25 septembre 2023, l'assurée a relevé que, selon le bilan de suivi intermédiaire du 1<sup>er</sup> mars 2023, les diagnostics suivants avaient notamment été posés : dysthymie, état de stress post-traumatique et modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et à titre de diagnostic différentiel, celui de trouble dépressif récurrent. Il existait par ailleurs de nombreuses atteintes durables à la santé ayant potentiellement un effet sur la capacité de gain, qui n'avaient pas encore fait l'objet d'une investigation complète : il s'agissait en particulier d'un trouble dysthymique ainsi que des conséquences de la dysthyroïdie et du covid long. Elle faisait en outre valoir que, au cours des dernières années, son parcours avait été jalonné de tentatives successives de reprendre diverses expériences professionnelles à temps partiel, lesquelles s'étaient toutefois toutes soldées par un échec. Selon l'assurée, ces revers s'expliquaient par l'existence d'un trouble dépressif récurrent. Aussi, tout en estimant nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale, elle a déclaré confirmer l'intégralité des conclusions prises au pied de son recours.

**j)** Me Gillard n'a pas déposé la liste de ses opérations.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation

expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la requérante à des prestations de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**b)** En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2022, les faits déterminants se sont produits sous l'empire de l'ancien droit. En effet, la demande de prestations a été déposée en octobre 2019, de sorte qu'un éventuel droit aux prestations prendrait naissance avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31

décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

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

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

**c)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**5. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés ainsi

qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

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

**7. a) aa)** En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'examens sur les plans de la médecine interne générale, de la rhumatologie et de la psychiatrie auprès de F.\_\_\_\_\_ SA, dont les conclusions ont été reprises par le SMR et suivies par l'office AI pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de celle-ci, la recourante disposait, malgré les atteintes à la santé qu'elle présentait, d'une capacité de travail entière dans une activité

adaptée dans le domaine industriel léger (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement).

**bb)** La recourante conteste les conclusions de l'expertise de F.\_\_\_\_\_ SA et soutient que l'instruction menée par l'office AI n'est pas complète. Elle considère que ses problèmes neurologiques n'ont pas été suffisamment pris en considération par les experts et qu'un nouvel examen aurait dû être réalisé pour actualiser les résultats. Elle ajoute que le diagnostic de dépendance aurait dû être retenu comme diagnostic incapacitant. Elle conteste ainsi l'appréciation de sa capacité de travail faite par les experts, estimant qu'il convient de donner la préférence à celle émanant de ses médecins traitants.

**b)** Le rapport du 15 décembre 2021 remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, les experts ont examiné avec soin le dossier médical de l'assurée et ont requis la production de rapports complémentaire compilés sous l'annexe 1, à savoir :

- rapport d'IRM cardiaque de stress du 27 juin 2018 du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie ;
- rapport de coronarographie du 9 juillet 2018 du Dr A.\_\_\_\_\_ ;
- rapport cardiologique du 10 juillet 2018 du Dr A.\_\_\_\_\_ ;
- rapport d'anatomo-pathologie du 12 février 2019 de la Dre E.\_\_\_\_\_ ;
- rapport de chirurgie viscérale du 26 mars 2019 du Prof. W.\_\_\_\_\_ et de la Dre I.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en chirurgie ;
- rapport de médecine physique et réhabilitation du 10 septembre 2021 du Prof. U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation.

Les experts ont en outre détaillé les plaintes spontanées et sur demande de l'assurée, et établi une anamnèse circonstanciée. Ils ont formulé des conclusions claires et motivées tant au terme de chacun de

leurs rapports qu'au terme d'une évaluation consensuelle, se fondant sur les éléments du dossier et sur leur examen clinique. Ils ont par ailleurs procédé à des examens sanguins et urinaires ainsi qu'à une échographie et à une radiographie de l'épaule droite (rapports du 5 octobre 2021). L'expert psychiatre a au demeurant analysé les ressources de l'assurée, donné son avis sur les thérapies et les traitements en cours et évalué la cohérence et la plausibilité. Les experts ont ainsi retenu les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinente (F10.20) et de discrète tendinopathie de l'épaule droite.

**c)** Sur le plan psychiatrique, l'expert Y. \_\_\_\_\_ a retenu - avec effet sur la capacité de travail - le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinente (F10.20). Il a relevé que depuis l'arrêt de la consommation d'alcool en 2019, il n'avait pas été retrouvé de comportement impulsif ou violent, ni de mode de comportement anormal clairement inadapté à des situations personnelles et sociales très variées. De même, il n'était pas non plus retrouvé d'attitude et de comportement nettement dysharmonieux dans plusieurs secteurs de fonctionnement, l'assurée ayant des relations soutenues, positives et adaptées avec sa fille et sa petite-fille. Elle remplit ainsi de manière satisfaisante son rôle de grand-mère, tout en cohabitant avec son fils, elle et lui s'entraîdant mutuellement. Même si les dosages urinaires et sanguins ont confirmé l'abstinence à la cocaïne, au cannabis et à l'alcool, l'expert a toutefois indiqué que le diagnostic posé ne permettait plus l'exercice de l'activité habituelle de serveuse. En effet, ce métier ou tout autre métier en contact régulier avec l'alcool est à proscrire.

L'expert Y. \_\_\_\_\_ s'est livré à une analyse structurée au moyen des indicateurs requis par la jurisprudence et a ainsi pris en compte les ressources de l'assurée. Il a ainsi relevé qu'elle parvenait à maintenir des stratégies d'évitement de situations à risque, comme celle consistant à éviter de rencontrer ses copines car elles risqueraient de la

faire rechuter sur le plan des consommations. L'expert psychiatre a également analysé diverses ressources en se référant à la mini-CIF. Si l'intéressée éprouvait une légère difficulté à s'adapter et à nouer des contacts avec autrui, elle n'avait en revanche aucun problème en particulier à s'affirmer, à évoluer au sein d'un groupe ou à se déplacer. Sous l'angle de la cohérence, l'expert a constaté qu'il y avait des divergences entre les plaintes de l'assurée, la description qu'elle fait de sa journée-type et son comportement en situation d'examen, en particulier pendant la deuxième partie de celui-ci. Durant la première partie de l'examen clinique, il a relevé des pleurs, tandis qu'en seconde partie, l'assurée s'était montrée euthymique, avait pu sourire à plusieurs reprises, s'était montrée détendue et affable. La deuxième moitié de l'examen n'avait pas non plus révélé de ralentissement psychomoteur ni de symptômes physiques d'anxiété observable. Par ailleurs, même si l'assurée se plaignait de tristesse, d'angoisse et de manque d'envie, ces plaintes n'étaient pas cohérentes avec le fait qu'elle effectuait un certain nombre d'activités récréatives et qu'elle était autonome dans les tâches élémentaires de la vie quotidienne. Au demeurant, les dosages sanguins ont conclu à des taux d'antidépresseurs indétectables, ce qui indiquait une mauvaise compliance au traitement antidépresseur prescrit, alors que le tranquillisant et l'hypnotique ont été détectés. L'expert a conclu que l'assurée ne prenait vraisemblablement que l'anxiolytique et le somnifère. Il n'a toutefois préconisé aucune option thérapeutique particulière, étant donné l'absence de pathologie psychiatrique incapacitante.

**d)** Quant aux volets somatique de médecine interne et de rhumatologie, il sied de constater que les experts ont posé le diagnostic incapacitant de discrète tendinopathie de l'épaule droite après une analyse fouillée et détaillée des pièces au dossier, se fondant également sur les plaintes de l'assurée et sur leurs constatations cliniques, après avoir écarté les avis des médecins traitants. Ce faisant, leur rapport peut se voir conférer une pleine valeur probante.

**aa)** Dans son rapport, l'expert rhumatologue C.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée se plaignait de douleurs essentiellement au niveau du

genou gauche et de la hanche gauche, avec une sensation de chaleur au niveau de la cheville gauche ; elle signalait également des douleurs au niveau des lombaires, notamment au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche ainsi que des douleurs de l'épaule droite. Or l'examen rhumatologique effectué s'est révélé globalement satisfaisant, hormis la présence d'une probable bursite de l'épaule droite. L'échographie réalisée dans le cadre de l'expertise a effectivement permis de confirmer l'existence d'une discrète tendinopathie du long chef du biceps proche de la zone de transition horizontale verticale ; cette imagerie a mis en évidence un aspect persistant de tendinose sur le versant superficiel et latéral du supra-épineux au sein du tubercule majeur, non douloureux. Outre que cette atteinte nécessitait un traitement approprié auprès d'un rhumatologue, l'exercice d'une activité professionnelle ne devait pas comporter de port de charges, de mouvements au-dessus de la ceinture scapulaire et de mouvements répétitifs au niveau du membre supérieur droit. Selon l'expert, ces limitations fonctionnelles excluait, à compter du mois de septembre 2021, toute capacité de travail dans les activités de serveuse, de femme de ménage et de styliste onguilaire car elles ne respectaient vraisemblablement pas le profil d'effort. Il estimait cependant qu'une rééducation et/ou une infiltration de l'épaule droite devraient permettre un retour à 100 % dans l'une ou l'autre des activités habituelles dans un délai de trois mois, la capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles décrites ayant toujours été entière.

**bb)** A l'instar du Dr L.\_\_\_\_\_, l'expert rhumatologue C.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de fibromyalgie, auquel il a toutefois nié tout caractère incapacitant en déclarant rejoindre sur ce point l'appréciation de son confrère prénommé. Dans son rapport du 24 janvier 2020, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué que la symptomatologie douloureuse dont se plaignait l'assurée s'inscrivait dans le cadre de troubles psychiatriques pour lesquels elle faisait l'objet d'un suivi. Cliniquement, il n'y avait aucune ténosynovite, aucune enthésite, ni aucune limitation fonctionnelle ostéo-articulaire ; un examen neurologique et rhumatologique était revenu normal ; quant au bilan sanguin, pratiqué à deux reprises, il s'était

également révélé « rigoureusement normal », sans aucun syndrome inflammatoire, ni aucune perturbation immunologique. En raison des doutes exprimés par son confrère radiologue à propos de l'IRM des sacro-iliaques, le Dr L. \_\_\_\_\_ s'est procuré le CD des clichés ; à l'examen de ces documents, il n'a pas décelé de signes clairs en faveur d'une sacro-illite, notamment pas d'œdème significatif touchant la base (pieds) des sacro-iliaques (partie synoviale). En outre, l'assurée ne présentait aucun des critères requis par l'ASSAS [Assessment of SpondyloArthritis international Society, réd.] 2009 en faveur d'une spondylarthropathie, l'intéressée étant du reste HLA-B27 négative. Au vu de ces éléments, le Dr L. \_\_\_\_\_ a conclu à l'existence d'un tableau douloureux ubiquitaire sans substrat somatique évident, correspondant à une fibromyalgie selon les critères de l'American College of Rheumatology (ACR 2010). Dans ces conditions, il estimait que, d'un point de vue ostéo-articulaire, il n'y avait pas lieu de retenir de limitation fonctionnelle ni, à plus forte raison, d'incapacité de travail découlant de cette pathologie.

**e)** Aucune pièce médicale ne justifie de s'écarter des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de F. \_\_\_\_\_ SA. Dans ce contexte, ni le rapport - succinct - établi par le Dr M. \_\_\_\_\_ le 14 juillet 2022 ni ceux de la Dre Q. \_\_\_\_\_ des 28 juillet 2022 et 1<sup>er</sup> mars 2023 ne permettent de soutenir la thèse d'une incapacité totale de travailler en toute activité. Outre que ces médecins ne discutent à aucun moment du contenu de l'expertise de F. \_\_\_\_\_ SA, ils ne font pas état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par les experts ou qui justifieraient de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée. Si le Dr M. \_\_\_\_\_ évoque certes une infection au covid-19 à l'origine d'une incapacité totale de travailler, il estime toutefois que, moyennant des mesures adéquates - qu'il ne détaille pas -, la capacité de travail devrait augmenter de 10 à 15 % tous les mois. Or ce médecin, tout comme sa consoeur Q. \_\_\_\_\_, ne se livre pas à un examen complet du dossier. Ainsi, aucun d'entre eux ne tient notamment compte des ressources de la recourante ni même du sevrage aux substances addictives qui a finalement conduit à la reconnaissance d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

**f)** Il sied enfin de constater que l'hyperthyroïdie auto-immune détectée par un bilan biologique et attestée dès septembre 2022 (cf. rapport des Drs M.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, datés respectivement des 14 septembre 2022 et 8 mars 2023) peut constituer une nouvelle atteinte susceptible de rendre plausible une modification significative et durable de l'état de santé de l'assurée depuis la décision querellée du 13 septembre 2022. Le fait que l'état de l'intéressée ne serait pas stabilisé (cf. réplique du 8 mars 2023) ne constitue pas en matière d'assurance-invalidité un élément justifiant de surseoir à statuer. Quoi qu'il en soit, dans l'éventualité où l'état de la recourante devait continuer à se péjorer, il lui serait loisible de déposer une nouvelle demande de prestations.

**g)** Sur le vu de ce qui précède, il convient de tenir pour établi que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans cette mesure, elle présente à l'évidence – sans qu'il soit nécessaire de procéder à une comparaison des revenus – un degré d'invalidité largement inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 1 LAI et considérant 4b *supra*), voire à celui de 20 % environ, nécessaire pour bénéficier d'une mesure de reclassement (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3).

**8.** Doit encore être examinée la question de la tenue de débats publics.

**a)** L'art. 30 al. 3 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) selon lequel l'audience et le prononcé du jugement sont publics, ne confère pas au justiciable de droit à une audience publique. Il se limite à garantir qu'une telle audience se déroule publiquement lorsqu'il y a lieu d'en tenir une. Le droit à des débats existe seulement pour les causes qui bénéficient de la protection de l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), lorsque la procédure applicable le prévoit ou lorsque sa nécessité découle des exigences du droit à la preuve (cf. ATF 128 I 288 consid. 2). L'art. 6 par. 1

CEDH garantit notamment à chacun le droit à ce que sa cause soit entendue publiquement.

La tenue de débats publics doit, sauf circonstances exceptionnelles non réunies en l'espèce, avoir lieu devant les instances judiciaires précédentes. Il appartient à ce titre au recourant, sous peine de forclusion, de présenter une demande formulée de manière claire et indiscutable. Saisi d'une telle demande, le juge doit en principe y donner suite. Il peut cependant s'en abstenir dans les cas prévus par l'art. 6 par. 1, deuxième phrase, CEDH, lorsque la demande est abusive (chicanière ou dilatoire), lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien fondé ou encore lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (ATF 141 I 97 consid. 5.1 ; cf. aussi TF 9C\_320/2019 du 9 décembre 2019 consid. 4.1 et 8C\_528/2017 du 19 décembre 2017 consid. 1.3 et les références).

**b)** Dans son mémoire de recours, la recourante a présenté, sous l'intitulé « mesures d'instruction », la demande suivante :

« Tenue d'une audience au cours de laquelle la recourante et son conseil pourront faire valoir leurs arguments par oral. »

Si la recourante a certes demandé à être entendue oralement, elle a déposé sa requête dans le cadre de « mesures d'instruction » qu'elle sollicitait. Or, si la recourante entendait requérir une audience publique au sens de l'art. 6 CEDH, il lui incombait de le signaler en formulant une conclusion claire en ce sens (cf. TF 9C\_136/2021 du 10 décembre 2021 consid. 4 et la référence), ce qu'elle n'a pas fait. Cette exigence de clarté n'apparaît en outre pas excessive, compte tenu en particulier du fait que l'intéressée est assistée d'un avocat. En l'occurrence, la recourante s'est seulement réservé le droit de solliciter une audience publique, sans confirmer ultérieurement de manière explicite sa requête tendant à la tenue de débats publics. Dans ces circonstances, telle que formulée, cette requête ne suffit pas pour fonder l'obligation d'organiser des débats publics au sens de l'art. 6 CEDH. On rappellera enfin que les garanties minimales de l'art. 29 al. 2 Cst. en matière de droit d'être entendu ne

confèrent pas le droit d'être entendu oralement par l'autorité (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 et les références).

**9.** Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise médicale, telle que requise par la recourante (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**10.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**11. a)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**b)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**12.** Par décision de la magistrate instructrice du 14 décembre 2022, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 octobre 2022 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me François Gillard. Ce dernier n'ayant pas déposé de liste des opérations dans le délai imparti, l'indemnité sera arrêtée à 8 heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit 1'440 fr., débours (art. 3bis al. 1 RAJ) et TVA au taux de 7,7 % en sus, soit un montant total arrondi de 1'800 fr. pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause. La

rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 13 septembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de J.\_\_\_\_\_ et provisoirement supportés par l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** L'indemnité d'office de Me François Gillard, conseil de J.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 1'800 fr. (mille huit cents francs), débours et TVA inclus.
  
- VI.** 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 judiciaires et de l'indemnité d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me François Gillard, avocat (pour J. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :