

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1er novembre 2010

---

Présidence de M. DIND  
Juges : M. Bidiville et Mme Moyard  
Greffière : Mme Favre

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à Puidoux, recourant, représenté par Me Nicolas Mattenberger, à Vevey,

et

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

---

**Art. 8; art. 17; art 28 LAI; art. 7 al 1; art. 8 al. 1; art 16 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_, né en 1978, ressortissant macédonien, marié, père d'un enfant de 6 ans, a travaillé en qualité d'employé viticole dès le mois de juillet 1998 pour la société [...]; il est tombé en incapacité de travail dès le 13 novembre 2003 en raison de lombalgies.

Le cas a été pris en charge par l'assureur perte de gain maladie, la Compagnie d'Assurances Nationale Suisse SA.

Il ressort du dossier de l'assureur perte de gain les éléments médicaux suivants: Dans un rapport du 5 mars 2004, le Dr X.\_\_\_\_\_ à Chexbres a diagnostiqué une lombo-sciatique G, sans conflit radiculaire à l'IRM justifiant une incapacité de travail dès le 13 novembre 2003. Fin 2003 - début 2004, l'intéressé a en outre été vu par divers spécialistes, dont les Drs T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie et N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, pour des infiltrations périurales d'anesthésique et de cortisone, ainsi que par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, pour un examen neurologique et un examen électroneuromyographique. La corrélation entre les plaintes bruyantes du patient et les constatations objectives a été jugée mauvaise par les divers spécialistes. Durant l'été 2004, l'intéressé a subi une opération suite à la récurrence d'un kyste coccygien, effectuée par le Dr Cosendey, spécialiste FMH en chirurgie. Il a en outre consulté le DUPA (Département universitaire de psychiatrie adulte), où il a été vu par le Dr M.\_\_\_\_\_, chef de clinique, qui a retenu un trouble dépressif majeur, épisode actuel d'intensité légère et un trouble douloureux (rapport du 27 septembre 2004).

**B.** Le 04 octobre 2004, Z.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré) a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente et à des mesures d'ordre professionnel.

Dans un rapport du 25 novembre 2004 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecin traitant, a retenu les diagnostics de trouble dépressif majeur, épisode actuel d'intensité légère, de lombo-sciatalgie gauche sur discopathies L4-L5, L5-S1, de hernie discale foraminale gauche L4-L5, et de trouble douloureux. Elle a précisé que l'intéressé se plaignait de douleurs constantes l'empêchant de porter des charges et empêchant toute position prolongée, ainsi que de lombalgies diurnes et nocturnes avec irradiation non systématisée dans le membre inférieur gauche sur lesquelles les traitements n'avaient pas d'effet. Elle a considéré qu'une activité légère pouvait être envisagée et a proposé un stage d'observation, bien que, selon elle, l'attitude prostrée de l'assuré rendait toute reprise d'activité difficilement envisageable.

v

L'assuré a subi un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR). Dans leur rapport du 15 mai 2006, les Drs [...] et [...] ont retenu le diagnostic de lombosciatalgie gauche chronique persistante et cervicalgie dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs avec répercussion sur la capacité de travail. Celle-ci a été évaluée à 50% dans l'activité d'ouvrier agricole et entière dans une activité adaptée dès le mois de février 2004. Quant aux douleurs évoquées par l'assuré, ces médecins ont estimé qu'elles remplissaient les critères pour retenir l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, qui n'était toutefois pas invalidant au vu de l'absence d'affection psychiatrique incapacitante et des critères dits de Mosimann non réalisés en l'espèce.

**C.** Par décision du 20 mai 2006, l'OAI a refusé tout droit à des prestations de l'AI, au motif que dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré restait entière, et que le degré d'invalidité s'élevait à 5,8%, n'ouvrant le droit ni à une rente ni à des mesures d'ordre professionnel.

L'assuré a formé opposition à ladite décision le 28 août 2006. Son conseil a motivé celle-ci par courrier du 17 octobre 2006 et a produit

plusieurs rapports, dont un du 11 octobre 2006 de la V.\_\_\_\_\_ et de la psychologue [...] du Service de psychiatrie générale du CHUV, qui mentionnaient un diagnostic d'état dépressif majeur d'intensité moyenne sans syndrome somatique. Ces médecins contestaient sur plusieurs points (intégration, lien social, relation de couple) le rapport du SMR du 15 mai 2006, considérant que le fait de récuser toute morbidité était problématique au regard du tableau clinique présenté par l'assuré; elles estimaient que la description du SMR ne tenait compte ni de la combinaison de lombosciatalgie et de cervicalgie, ni de la structure de personnalité fragile, ni de l'état dépressif moyen qui amenaient, selon elles, une complète incapacité de travail.

Par décision sur opposition du 3 octobre 2007, l'OAI a confirmé sa décision, au motif que l'avis du SMR du 15 mai 2006 expliquait de manière convaincante les motifs pour lesquels il s'écartait des avis peu étayés des médecins traitants.

**D.** Par acte du 2 novembre 2007, l'assuré a recouru contre la décision précitée. Il conclut principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Par courrier du 12 mars 2008, le recourant a produit un nouveau rapport de la Dresse V.\_\_\_\_\_ dont il ressort qu'il souffrirait également d'importants troubles cognitifs dans le domaine de l'attention, de la mémoire de travail et du raisonnement, ainsi que de ressources intellectuelles limitées qui, ajoutés à l'état dépressif majeur, expliqueraient l'incapacité de travail complète, ainsi que ses difficultés à faire face aux exigences de la vie quotidienne, notamment à celles de père de famille, rôle assumé que très partiellement.

**E.** Suite à ces nouveaux éléments, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, confiée à la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport daté du 16 juin 2009 contient un résumé du dossier et autres

renseignements (pp. 3 à 19), une anamnèse détaillée (pp. 20 à 26), les plaintes et données subjectives de l'assuré (pp. 27 à 28), le status clinique (pp. 28 à 42), les diagnostics (p. 35), une appréciation du cas et pronostic (pp. 35 à 41) et les réponses aux questions posées (p. 42). L'expert retient que l'intéressé souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 - CIM 10), et d'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00 - CIM 10); la capacité de travail est évaluée à 75% dans toute l'activité depuis le mois d'août 2004.

Dans ses déterminations du 3 août 2009, l'intimé conclut au rejet du recours. Il considère que les constatations objectives et les diagnostics de l'expert judiciaire sont identiques à ceux de l'expert psychiatre du SMR; que les limitations fonctionnelles diminuent de 25% la capacité de travail dans toute activité simple, ce qui, compte tenu d'un revenu d'invalidité de 38'649 fr 30 et comparé au revenu sans atteinte à la santé, fixe le taux d'invalidité à 29%, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Par courrier du 15 octobre 2009, le recourant s'est, pour sa part, déterminé comme suit :

"Agissant en qualité de conseil de M. Z.\_\_\_\_\_, dans le délai prolongé pour ce faire, j'ai l'honneur de vous informer que mon client n'a pas d'observation particulière à formuler quant au contenu de l'expertise établie par la Dresse F.\_\_\_\_\_. Cela étant, force est de constater que dite expertise retient une diminution de l'activité professionnelle de mon client de l'ordre de 25%. Dans ces conditions, le revenu annuel d'invalidité de ce dernier doit être fixé au maximum à Frs 38'649.30. Ce dernier revenu comparé à celui sans invalidité de Frs 54'600.- donne un taux d'invalidité se montant à 29%. Un tel taux, bien que n'ouvrant pas le droit au versement d'une rente, permet cependant à l'assuré de se voir accorder des mesures de réadaptation au sens de l'art. 8 LAI. Dès lors et au vu de ce qui précède, il y a lieu d'annuler la décision rendue le 3 octobre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, et

de renvoyer la cause audit office afin que ce dernier mette en oeuvre des mesures de réadaptation".

Dans son écriture du 12 novembre 2009, l'intimé relève encore que la question du droit à la rente peut être tranchée sans attendre l'issue d'éventuelles mesures de réadaptation, s'il apparaît que la personne assurée présente un taux d'invalidité inférieur à 40% avant même l'exécution desdites mesures (arrêt du 27 octobre 2008, 9C\_794/2007), ce qui est le cas en l'espèce. Il estime que la décision doit par conséquent être confirmée s'agissant du refus de rente; que toutefois, le préjudice économique de 29% permet d'ouvrir théoriquement le droit à un reclassement professionnel, question qui devra être examinée une fois la procédure devant l'autorité de recours terminée.

Par courrier du 17 décembre 2009, le recourant indique qu'il maintient sa conclusion en annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'office intimé afin de mettre en oeuvre des mesures de réadaptation.

**F.** Par courrier du 7 avril 2010, le recourant requiert que l'expertise rhumatologique du SMR du 15 mai 2006 soit réévaluée par une expertise complémentaire et produit notamment un nouveau rapport du 29 mars 2010 de la Dresse W.\_\_\_\_\_, qui mentionne une aggravation de la hernie discale médiane L3-L4 et la progression de lésions aux deux autres niveaux L4-L5, L5-S1.

Par courrier du 10 mai 2010, l'office intimé indique qu'il considère qu'une nouvelle expertise ne se justifie pas, au motif que le juge doit apprécier la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse est rendue et qu'en l'espèce, les éléments avancés par le recourant sont manifestement survenus après la décision attaquée.

**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, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent contre une décision sur opposition rendue conformément à la procédure applicable avant l'introduction de la procédure de préavis (cf. art. 57a et 69 al. 1 let. a LAI), est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**2. a)** Aux termes 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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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 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.

**b)** A teneur de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, 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.

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI reprend le même échelonnement.

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

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

examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

**3.** En l'espèce, on examinera si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail.

**4. a)** Sur le plan psychiatrique, on retiendra que, suite à l'expertise ordonnée par la cour de céans, les parties ont admis, à juste

titre, les conclusions de l'expert psychiatre, qui retient une diminution de la capacité de travail de 25% dans toute activité (cf. let. E supra).

**b)** Sur le plan somatique, il n'est pas contesté que le recourant souffre de lombosciatalgie gauche chronique ayant des répercussions sur sa capacité de travail dans son activité d'employé viticole. Le SMR estime toutefois que dans une activité adaptée avec possibilité de changer de position 2x/h, sans soulèvement régulier de charge de plus de 5kg, sans port régulier de charge de plus de 12 kg, sans travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, la capacité de travail reste entière. Le recourant invoque, de son côté, une aggravation de son état de santé depuis le mois de juin 2008, attestée par divers rapports médicaux qu'il produit le 7 avril 2010 et requiert qu'une expertise complémentaire soit ordonnée sur le plan rhumatologique pour évaluer sa capacité de travail résiduelle.

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243, 121 V 362 consid. 1b p. 366; arrêt 9C\_537/2009 du 1er mars 2010 consid. 3.2). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 p. 102 et les arrêts cités).

**aa)** En l'espèce, on relève en premier lieu que le diagnostic de hernie discale foraminale gauche L4-L5 sans contrainte radiculaire, qui avait été posé par la Dresse W.\_\_\_\_\_ le 25 novembre 2004, n'avait pas été retenu par les médecins du SMR dans leur rapport du 15 mai 2006. Ceux-ci avaient en effet indiqué qu'au vu des examens radiologiques, ils avaient écarté ce diagnostic au profit de protusions L4-L5, tout comme les Drs T.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_. Cela étant, la découverte à l'IRM du 2 juin 2008 d'une hernie discale médiane L3-L4 comprimant le sac thécal et

d'une hernie discale foraminale droite en L5-S1, ainsi que les aggravations ultérieures mentionnées par la Dresse W.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 29 mars 2010, sont, sans nul doute possible, postérieures à la décision attaquée datée du 3 octobre 2007. Il en résulte qu'en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée, ces nouveaux éléments ne peuvent pas être pris en compte dans la présente procédure.

**bb)** On retiendra par conséquent la situation sur le plan somatique prévalant au 3 octobre 2007.

Jusqu'à cette date, l'intéressé a été examiné par divers spécialistes, dont les Drs T.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, qui ont diagnostiqué des lombosciatalgies gauches chroniques, mais qui ont précisé ne pas avoir trouvé de corrélation entre le tableau clinique présenté et les plaintes bruyantes formulées par ce dernier. Les médecins du SMR ont retenu le même diagnostic limitant la capacité de travail du recourant dans son activité d'employé viticole, mais pas dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. A cet égard, on constate que seule la Dresse W.\_\_\_\_\_ a considéré que la reprise d'une activité était difficilement envisageable, mais qu'elle a toutefois précisé que c'était l'attitude prostrée du patient qui rendait difficile une reprise d'activité. Quant aux autres rapports médicaux produits par le recourant jusqu'à la date de la décision querellée, ils émanent de psychiatres et psychologues et ne sont donc pas déterminants pour juger de l'atteinte à la santé sur le pan somatique.

**c)** Au vu de ce qui précède, on retiendra à l'instar du SMR que le recourant dispose sur le plan somatique d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Eu égard aux limitations sur le plan psychiatrique, la capacité travail résiduelle est ainsi de 75% dans toute activité adaptée.

**5.** En ce qui concerne le préjudice économique, les parties admettent selon la méthode de comparaison des revenus, un degré

d'invalidité de 29%, n'ouvrant pas le droit à une rente, ce qui entraîne le rejet de la conclusion par laquelle le recourant sollicite une telle rente.

**6.** Enfin et comme vu précédemment (cf. consid. 4 supra), il n'y a pas lieu de compléter l'instruction, de sorte que la requête tendant à la mise en oeuvre d'une expertise complémentaire doit également être rejetée.

**7.** Le degré d'invalidité étant de 29%, le droit à des mesures d'ordre professionnel est ouvert. Il y a dès lors lieu de donner suite à la demande du recourant tendant à ce que la cause soit renvoyée à l'office intimé pour qu'il statue sur cette question, sans toutefois qu'il soit nécessaire d'attendre l'issue de celle-ci pour trancher la question de la rente (cf. 9C\_794/2007, arrêt du 27 octobre 2008).

**8.** Le recours est donc partiellement admis et la décision attaquée annulée, le dossier étant renvoyé à l'office intimé pour qu'il statue dans le sens des considérants qui précèdent.

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, et qui est assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 56 al. 2 LPA-VD; ATF 135 V 473 consid. 2.1). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 52 LPA-VD).

**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 du 3 octobre 2007 est confirmée en tant qu'elle refuse au recourant le droit à une rente d'invalidité.
- III. La décision du 3 octobre 2007 est pour le surplus réformée en ce sens que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit examiner le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel et rendre une nouvelle décision sur cette question.
- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- V. Le recourant Z. \_\_\_\_\_ a droit à une allocation de dépens d'un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Nicolas Mattenberger (pour M. Z. \_\_\_\_\_)
- 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).

La greffière :