

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juin 2010

Présidence de Mme LANZ PLEINES
Juges : MM. Abrecht et Bidiville, assesseur
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

J._____, à Renens, recourante, représentée par Me Christian Favre,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 17 LAI

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après: l'assurée) travaillait en qualité de lingère auprès de l'O._____ à Corseaux. Le 6 avril 2001, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

L'OAI a requis l'avis du Dr R._____, spécialiste FMH en médecine interne à Renens et médecin traitant de l'assurée. Dans son rapport du 12 avril 2001, ce praticien a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie, de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs et signes pour canal carpien bilatéral, puis de dépression nerveuse chronique en rapport avec ses nombreuses douleurs. Il a retenu une incapacité de travail de 100 % à compter du 18 octobre 2000. Dans son annexe au rapport médical du 5 avril 2001, il a retenu que l'activité de l'assurée était exigible à raison de 50 % en cas de diminution des douleurs et a relevé que l'exercice d'une autre activité n'était pas exigible.

Dans un rapport du 4 novembre 2002, la Dresse L._____, du Service médical régional AI (ci-après: le SMR) a sollicité une expertise psychiatrique du Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Genève, et une expertise rhumatologique de la Dresse M._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie à Vevey.

Dans son expertise du 17 février 2003, le Dr G._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). En tenant compte du tableau douloureux fonctionnel et du syndrome anxio-dépressif, il a retenu une incapacité de travail durable de 50 %, liée à l'existence des douleurs et aux difficultés de concentration et de motivation dues au syndrome anxio-dépressif. Il a précisé en substance que cette incapacité de travail se rapportait tant à

l'activité habituelle de l'assurée qu'à une activité adaptée à son état de santé.

Dans son expertise du 6 octobre 2003, la Dresse M. _____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie, de cervicalgies persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs avec dysbalance musculaire, de syndrome du tunnel carpien irritatif prédominant à droite et de trouble anxieux et dépressif mixte. Elle a constaté que les limitations de l'assurée étaient essentiellement liées à la problématique rachidienne, qui n'était pas compatible avec une activité trop sollicitante pour le rachis et en particulier pour le rachis cervical, et a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité de lingère et de 50 % dans une activité adaptée sans diminution de rendement.

La Dresse L. _____ a retenu, dans un rapport SMR du 10 novembre 2003, que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, en raison de fibromyalgie associée à des cervicalgies persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs avec dysbalance musculaire et trouble anxieux et dépressif mixte.

Par décision du 19 avril 2004, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité, motif pris d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à son état de santé et compte tenu d'un degré d'invalidité de 59 %.

Le 2 juillet 2004, l'assurée a été victime d'une chute dans sa cuisine et s'est cassé les deux poignets. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents. Ultérieurement, dans un rapport du 12 juillet 2005, le Dr V. _____, médecin d'arrondissement à ladite caisse, a indiqué que le traitement était terminé et que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dès le 1^{er} décembre 2004 pour les seules suites de l'accident.

B. Le 1^{er} février 2005, faisant valoir une dégradation de l'état de santé de sa patiente, le Dr R. _____ a requis de l'OAI la révision du droit à la rente d'invalidité de celle-ci. Dans un courrier du 7 mars 2005 adressé à l'OAI, ce médecin a indiqué que la fibromyalgie était de plus en plus gênante, que l'assurée, handicapée suite aux fractures de ses poignets, gardait des séquelles sous forme de raideur et douleur, et qu'elle souffrait également d'ostéoporose.

L'OAI a requis un nouvel avis du Dr R. _____, lequel a, dans un rapport du 27 juin 2005, posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie, de restless leg (impatience dans les jambes), d'état dépressif chronique, d'ostéoporose avec douleur, de status après fracture des poignets (douleurs séquellaires), d'arthrose cervicale et de déchirure rétinienne. Dans son annexe au rapport médical du 27 juin 2005, il a retenu que l'état de santé de l'assurée s'aggravait et que celle-ci présentait une diminution de rendement de 100 %. Le Dr R. _____ a également déposé un rapport du 3 mars 2005 du Dr Z. _____, spécialiste FMH en neurologie à Lausanne, dont il ressort que l'assurée, ayant été examinée par celui-ci en novembre 2000, souffrait toujours d'une fibromyalgie et que le présent bilan n'apportait pas la preuve d'une affection neurologique significative. Le Dr R. _____ a par ailleurs remis à l'OAI d'autres rapports émanant de spécialistes, dont il émane que l'assurée souffrait de sévère fibromyalgie, de cataracte congénitale, de déchirure rétinienne avec décollement associé en temporal supérieur, d'ostéoporose et de syndrome d'apnées du sommeil.

Dans un avis médical du SMR du 22 décembre 2005, la Dresse L. _____ a relevé que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas aggravé sur le plan psychique et qu'il n'y avait aucun élément médical objectif en corrélation avec une aggravation subjective des douleurs. Elle a retenu que la capacité de travail restait à 50 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, indiquant que le problème ophtalmique n'entraînait pas de limitation fonctionnelle de gravité et de durée suffisante pour entraîner une augmentation de l'incapacité de travail.

Par décision du 3 avril 2006, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée. Il s'est référé à l'absence d'élément médical objectif en corrélation avec l'aggravation de l'état de santé, de sorte que la capacité de travail de l'intéressée était toujours de 50 % dans une activité adaptée à son état de santé, et a relevé que le problème ophtalmique n'entraînait pas de limitation fonctionnelle suffisante pour entraîner une augmentation de l'incapacité de travail. Le 7 avril 2006, l'assurée a formé opposition contre ce prononcé et a motivé sa position par acte du 4 février 2008, concluant à l'octroi d'une rente entière dès le 7 mars 2005, subsidiairement à un complément d'instruction.

Dans un avis médical SMR du 17 avril 2008, le Dr P. _____ a indiqué que le rapport SMR du 10 novembre 2003 suivait les conclusions des expertises rhumatologiques et psychiatrique et admettait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, évaluation globale tenant compte des atteintes physiques (cervicalgies surtout) et psychiques (trouble anxieux et dépressif mixte).

Par décision sur opposition du 17 avril 2008, l'OAI a maintenu sa position. Se référant au rapport SMR du 22 décembre 2005 et à l'avis des Drs V. _____ et Z. _____, l'OAI a en substance relevé qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux objectifs en faveur d'une péjoration de l'état de santé de l'assurée, de sorte que les conditions d'une révision du droit à la rente n'étaient pas remplies. Il a également indiqué qu'une expertise médicale n'était pas nécessaire, le dossier ne comportant pas de lacunes sur le plan médical.

C. Par acte de son mandataire du 21 mai 2008, J. _____ fait recours contre cette décision et conclut à l'octroi d'une rente entière avec effet au 1^{er} juin 2005, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction au sens des considérants, avec suite de frais et dépens. Elle se prévaut de l'incohérence des critères d'application de l'assurance-invalidité et de l'assurance-chômage dès lors qu'une inaptitude au placement lui a été reconnue, relève que le Dr Z. _____

avait requis des investigations complémentaires, notamment au plan psychiatrique, et fait valoir que l'avis de son médecin traitant n'a pas été suffisamment pris en compte par l'OAI. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale, notamment pour évaluer sa capacité de travail et son degré d'invalidité. Elle a versé une avance de frais d'un montant de 250 fr. le 25 juin 2008.

La recourante dépose un rapport du 6 mars 2008 du Dr S._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à Lausanne, dont il ressort en résumé que l'assurée souffre de troubles statiques et dégénératifs sévères, de scoliose structurale et de douleurs vertébrales, rendant hypothétique une éventuelle capacité de travail résiduelle.

D. Dans sa réponse du 12 septembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours, se référant à un avis médical SMR du 11 septembre 2008 du Dr P._____, selon lequel le Dr S._____ n'a mis en évidence aucun élément médical nouveau, de sorte qu'il n'y a pas de modification de l'état de santé de l'assurée de nature à modifier l'exigibilité médicale.

La recourante n'a pas déposé de réplique, malgré quatre demandes de prolongation de délai, qui lui ont été accordées. Par courrier du 15 janvier 2009 de son mandataire, elle a demandé à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, laquelle lui a été accordée à titre provisoire, dans l'attente d'une décision du Bureau de l'assistance judiciaire. La décision en question n'ayant pas été produite malgré trois injonctions de la juge instructrice, l'assistance judiciaire provisoire a été retirée par ordonnance du 23 novembre 2009.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-

invalidité, 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 (cf. art. 57a LAI) - 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, la décision attaquée a été notifiée le 21 avril 2008, de sorte que le recours a été déposé en temps utile le 21 mai 2008. Pour le surplus déposé dans les formes prévues par la loi, le recours est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

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 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente (soit au quart d'une rente entière), un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au

moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le degré 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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes 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 261 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 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et les références citées).

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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351

consid. 3; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; TF 4A_45/2007 du 12 juin 2007, consid. 5.1).

c) Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

3. En l'espèce, il convient d'examiner si, depuis la décision du 19 avril 2004 par laquelle le droit à une demi-rente d'invalidité a été reconnu à la recourante, celle-ci présente une aggravation de son état de santé ayant une incidence sur son droit à la rente.

a) Sur le plan somatique, les rapports du Dr R._____, peu étayés et insuffisamment motivés, ne permettent pas de retenir que la recourante présente une aggravation de son état de santé au point de modifier son incapacité de travail. Si ce praticien, dans son rapport du 27 juin 2005, a retenu la présence de fibromyalgie et de douleurs dans les membres, on relèvera que ces atteintes avaient déjà été constatées par la Dresse M._____ (expertise du 06.10.2003) et que l'existence d'une détérioration de l'état de santé de sa patiente n'est nullement démontrée. Au surplus, le Dr R._____ ne fournit aucune explication circonstanciée lorsqu'il affirme, dans l'annexe au rapport médical du 27 juin 2005, que l'assurée présente une aggravation de son état de santé, respectivement qu'elle présente une diminution de rendement de 100 %. A cela s'ajoute

que, en tant que médecin traitant de l'assurée, son avis doit être apprécié avec les réserves d'usage.

Dans son rapport du 3 mars 2005, le Dr Z._____ a indiqué qu'il avait déjà examiné l'assurée en novembre 2000 et a constaté qu'elle souffrait toujours d'une fibromyalgie expliquant les rachialgies cervico-dorso-lombaires ainsi que les douleurs au niveau des quatre extrémités; il a également évoqué la présence de troubles moteurs subjectifs entrant vraisemblablement également dans le cadre de la fibromyalgie. Le Dr Z._____ a retenu que le présent bilan n'apportait pas la preuve d'une affection neurologique significative, n'a pas proposé de traitement particulier et ne s'est lui-même pas prononcé au sujet de la capacité de travail. Dans ces conditions, on ne saurait retenir que l'assurée présente une aggravation de la fibromyalgie ayant une incidence sur sa capacité de travail par rapport à la situation prévalant lors de l'octroi de la demi-rente d'invalidité, ce d'autant plus que, à cette époque, le Dr T._____, du service de neurologie du CHUV, avait constaté une "sévère fibromyalgie" (rapport du 29.09.2002) et que la Dresse M._____ avait retenu la présence de 18 sur 18 points caractéristique de la fibromyalgie, avant de poser ce diagnostic (expertise du 06.10.2003, p. 6 et 7).

Quant à l'avis du Dr S._____, qui a retenu notamment, à la suite d'un bilan radiologique digitalisé, la présence de troubles statiques et dégénératifs sévères, de scoliose structurale et de douleurs vertébrales, susceptibles d'expliquer les cervicobrachialgies et lombosciatalgies, il n'est pas de nature à justifier une révision du droit à la rente de l'assurée. En effet, comme l'a relevé le Dr P._____ du SMR (rapport du 11.09.2008), ce praticien ne met en évidence aucun élément médical nouveau ni aucun élément objectif en faveur d'une aggravation de l'état de santé par rapport aux constatations de la Dresse M._____ dans son expertise du 6 octobre 2003. On ajoutera que le Dr S._____ ne se prononce pas précisément sur la capacité de travail de l'assurée et que, en tant que médecin traitant, son avis doit être apprécié avec les réserves d'usage.

S'agissant des douleurs séquellaires aux poignets ensuite d'une fracture (rapport du 27.06.2005 du Dr R. _____), le Dr V. _____ a indiqué que le traitement était terminé et que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dès le 1^{er} décembre 2004 pour les seules suites de l'accident, de sorte que cette atteinte ne saurait justifier une incapacité de travail. En ce qui concerne la cataracte congénitale et la déchirure rétinienne, les rapports versés au dossier par le Dr R. _____ ne se prononcent pas au sujet de la capacité de travail et la Dresse L. _____ du SMR a relevé que le problème ophtalmique n'entraînait pas de limitation fonctionnelle de gravité et de durée suffisante pour entraîner une augmentation de l'incapacité de travail (rapport du 22.12.2005). Enfin, il n'apparaît pas que le syndrome d'apnées obstructives du sommeil de sévérité moyenne justifie une incapacité de travail, ce d'autant plus qu'un traitement médicamenteux et par CPAP a été évoqué par le Dr B. _____, neurologue FMH au centre lausannois de médecine du sommeil (rapport du 17.07.2005).

b) S'agissant de la problématique psychique, le Dr R. _____ a posé le diagnostic d'état dépressif chronique (rapport du 27.06.2005), sans indiquer d'aggravation sur ce point ni fournir d'explications circonstanciées. Dans le cadre de l'instruction qui avait conduit à la décision d'octroi d'une demi-rente, ce praticien avait retenu la présence d'une dépression nerveuse chronique (rapport du 12.04.2001) et le Dr G. _____ un trouble anxieux et dépressif mixte (expertise du 17.02.2003, p. 10). Pour sa part, le Dr Z. _____ n'a nullement fait allusion à une détérioration de l'état de santé de l'assurée sur ce point par rapport à son précédent examen de novembre 2000. Le Dr S. _____ n'a quant à lui pas évoqué de troubles psychiques. On retiendra donc que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas aggravé du point de vue psychique, ce qui est d'ailleurs corroboré par le fait que la recourante n'est pas suivie par un psychiatre (ni par un psychologue), ainsi que l'a relevé la Dresse L. _____ (rapport SMR du 22.12.2005).

c) Lorsque la recourante fait valoir qu'elle se trouve dans une situation paradoxale étant donné que des prestations du chômage lui ont

été refusées, il sied de rappeler, ce qu'elle affirme ne pas méconnaître, que l'assurance-invalidité et l'assurance-chômage n'ont pas un caractère complémentaire réciproque et qu'il n'est pas d'emblée exclu qu'une même atteinte à la santé puisse conduire à la reconnaissance d'une pleine capacité de travail et à la négation de l'aptitude au placement (TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 3 et les arrêts cités).

d) En conséquence, à l'instar des médecins du SMR (rapports des 22.12.2005, 17.04.2008 et 11.09.2008), on retiendra que l'assurée ne présente pas d'aggravation de son état de santé - tant sur le plan somatique que psychique - susceptible de modifier sa capacité de travail et donc son degré d'invalidité. Il s'ensuit que les conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Partant, le recours doit être rejeté.

4. Au vu de ce qui précède, la présente cause est en état d'être jugée, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction; il convient donc de rejeter la demande de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale. En effet, s'il appartient au juge des assurances sociales de compléter l'instruction lorsque des doutes subsistent, ce dernier peut renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1; TF 9C_286/2008 du 6 novembre 2008 consid. 4.1).

5. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, il y a lieu de fixer les frais de la procédure à 250 fr et de les mettre à charge de la recourante, qui succombe. Vu l'issue du litige, la recourante ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 17 avril 2008 est confirmée.

- III. Un émolument de justice de 250 fr. (deux-cent cinquante francs) est mis à la charge de J._____.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Christian Favre, avocat à Lausanne (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 :