

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 avril 2010

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

R. _____, à Prilly, recourant, représenté par Me Jean-Pierre Bloch, à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) R._____, né en 1956, sans formation, a occupé différents emplois. Il s'est marié en 1979. De cette union, sont nés trois enfants. A la naissance de son premier enfant, soit en 1979, il a cessé toute activité pour élever ses enfants jusqu'en 1986, soit au moment où son épouse l'a quitté. De 1987 à 1989, il a occupé des emplois en qualité de magasinier, puis s'est remarié en 1989. De ce mariage, sont nés deux enfants. Par la suite, pouvant vivre sur l'héritage de son père, il n'a plus travaillé.

Son capital étant épuisé en 2007, il a sollicité l'aide sociale en janvier 2008 et a formulé le 17 mars 2008 une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente en raison de phobie sociale. Dans un rapport médical du 25 juin 2008, la Dresse J._____, psychiatre traitant de l'assuré, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de phobie sociale avec trouble panique (F40.1), de réaction à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21), de dislocation de la famille par séparation et divorce (Z63.5) et de probable trouble de la personnalité. Elle a précisé que la pathologie psychiatrique chronique présentée par son patient était à l'origine des importantes limitations fonctionnelles globales, si bien qu'aucune capacité de travail n'était exigible.

Compte tenu de ces éléments, l'OAI a requis l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) qui a estimé qu'un examen psychiatrique de l'assuré s'imposait (avis médical du 1er juillet 2008). Dans un rapport du 29 juillet 2008 faisant suite à un examen clinique psychiatrique du 23 juillet 2008, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie au SMR, n'a posé aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il a simplement mis en évidence des traits de personnalité évitants et dépendants qui ne constituaient cependant pas un trouble de la personnalité, l'assuré précisant que c'était par choix existentiel qu'il avait décidé de cesser toute activité en 1989 pouvant vivre sur l'héritage de son père, ce qui a été possible pendant 19 ans.

b) En date du 19 août 2008, l'Office de l'assurance-invalidité (OAI) a adressé à R._____ un projet de décision de refus d'une rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel. Après analyse médicale de la situation de l'assuré, l'OAI a constaté que l'intéressé ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

Par décision du 2 octobre 2008, il a confirmé le projet de décision précité.

B. a) Par acte de son mandataire du 29 octobre 2008, R._____ interjette recours contre cette décision et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'admission du recours, ainsi qu'à la réforme de la décision, en ce sens qu'un droit à une rente complète lui soit reconnu. Il sollicite la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, vu les deux rapports d'expertise psychiatrique contradictoires contenus dans le dossier, l'un émanant de la Dresse J._____, l'autre du SMR.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'assistance d'un avocat, avec effet au 6 novembre 2008.

b) Dans sa réponse du 27 janvier 2009, l'OAI considère que les arguments développés par l'assuré ne sont pas de nature à remettre en cause sa position, le rapport du SMR précisant les raisons pour lesquelles le service précité s'était éloigné du diagnostic posé par la psychiatre traitante. L'OAI a dès lors conclu au rejet du recours.

c) Dans sa réplique du 26 février 2009, le recourant a fait parvenir la détermination de la Dresse J._____ suite au rapport d'expertise du Dr D._____.

d) Dans sa duplique du 23 mars 2009, l'OAI a remis un avis médical du SMR du 13 mars 2009 relatif à la détermination de la Dresse J._____.

e) Par courrier du 4 mai 2009, le recourant a transmis une nouvelle détermination de la Dresse J._____, ainsi qu'une évaluation ergothérapeuthique de Mme L._____, rattachée à l'hôpital de [...].

f) Par courrier du 10 juin 2009, l'OAI a remis un nouvel avis médical du SMR du 28 mai 2009 faisant suite aux documents transmis par le recourant.

g) En date du 24 août 2009, le juge instructeur a désigné le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en qualité d'expert.

h) Dans un rapport d'expertise du 3 décembre 2009, le Dr V._____ a posé les diagnostics de retard mental léger (F60), de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) et d'épisode dépressif moyen sans syndromes somatiques (F32.10). Vu la structure de la personnalité et le déficit intellectuel de l'assuré, l'expert a considéré que toute tentative de réadaptation professionnelle était illusoire et que l'incapacité de travail présentée par l'expertisé devait être considérée comme définitive depuis fort longtemps.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté le 29 octobre 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours 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).

2. La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 2 octobre 2008.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4e révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1er janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

3. Le recourant se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle il prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

4. a) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V

450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

5. a) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier une rente. Se fondant

sur les conclusions de l'expertise judiciaire effectuée par le Dr V._____, le recourant constate que son incapacité de travail est totale. L'intimé conteste la valeur probante de l'expertise judiciaire du Dr V._____ dans la mesure où ledit rapport contient un grand nombre de lacunes et d'imprécisions. Tout en émettant des critiques relatives au diagnostic de personnalité borderline, l'intimé fait également valoir que Dr V._____ lui-même affirme que le syndrome dépressif perçu lors de son examen est essentiellement contextuel et n'est donc pas invalidant au sens de l'AI, tout comme le retard mental léger.

b) L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. En présence d'un état psychique maladif, il y a plus précisément lieu de se demander si et dans quelle mesure la personne assurée peut, malgré l'atteinte à sa santé psychique, exercer une activité lucrative sur un marché du travail équilibré correspondant à ses aptitudes. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté (TF 9C_984/2008 du 4 mai 2009, cons. 4.2). A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

6. a) En l'espèce, l'expert judiciaire a retenu les diagnostics de retard mental léger (F60), de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) et d'épisode dépressif moyen sans syndromes somatiques (F32.10). Il a attesté une incapacité de travail totale et définitive. L'examen clinique effectué par le V._____ est fondé sur quatre entretiens, alors que les diagnostics retenus sont basés sur des tests sanguins et sur le rapport d'une psychologue. Toutefois, les conclusions du Dr V._____ sont contredites par celles du Dr D._____ du SMR, lequel n'a notamment pas retenu les diagnostics précités et n'a admis aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Il y a cependant lieu de constater que le rapport d'expertise du Dr D._____ paraît nettement moins fouillé et qu'il est fondé sur un seul entretien. Ce praticien a d'ailleurs minimisé la situation pathologique de l'assuré. En effet, en raison d'une anamnèse plus que succincte, il n'a pas rendu compte de la longue histoire psychopathologique débutant dans l'enfance par une phobie scolaire et des troubles relationnels patents. Sur le plan professionnel, le Dr V._____ a fait état des difficultés rencontrées par l'assuré (instabilité, impossibilité de rester plus de 6 mois, comportement inadéquat...). En outre, la dysthymie ne concerne que le volet dépressif des symptômes, ne recouvrant que très partiellement les troubles de la personnalité que l'expert judiciaire décrit avec précision.

Par ailleurs, l'assuré ne présente manifestement pas seulement des traits de personnalité pathologique, mais un trouble constitué et chronique de la personnalité, de sorte qu'il n'y a pas à dénoncer, comme le fait le SMR dans ses déterminations du 11 janvier 2010, l'absence d'un facteur de décompensation isolé. De plus, le SMR a retenu que chacun des diagnostics établis n'était pas en soi invalidant, mais s'est abstenu d'apprécier, contrairement au Dr V._____, les effets du cumul des affections retenues, soit le déficit intellectuel et la structure de la personnalité. Le SMR n'a donc pas été en mesure d'expliquer pour quelle raison il estimait que ce trouble n'avait pas une influence sur le parcours de vie passablement perturbé du recourant et ne limitait pas sa capacité de travail. Le Dr D._____ a ainsi mal interprété les propos de l'assuré relatifs à ses habitudes d'achats. En effet, on peine à comprendre

comment ce praticien est arrivé à la conclusion que l'assuré aimait faire les courses, alors qu'il indiquait avoir peur des gens. Sur ce point, si l'expert judiciaire a retenu que l'intéressé choisissait exprès les moments où il y avait peu de monde afin de passer inaperçu, le Dr D. _____ a, quant à lui, considéré que le recourant organisait son emploi du temps de façon à ne pas être débordé lorsqu'il y avait trop de monde. Enfin, le grief relatif à l'apparente contradiction évoquée par le SMR quant à la divergence de diagnostic entre le Dr V. _____ et la Dresse J. _____ s'agissant de la phobie sociale, doit être écarté. En effet, le diagnostic de phobie sociale est retenu s'il est pur et isolé, mais il est difficile, lorsqu'il se manifeste en même temps qu'un trouble de la personnalité, de départir l'attribution des divers symptômes à l'un ou à l'autre de ces diagnostics. Dans ce contexte, le fait de ne retenir que le seul trouble de la personnalité tout en décrivant la phobie sociale qu'il recouvre n'est pas critiquable. En définitive, le débat sur les diagnostics, lesquels n'ont pas en psychiatrie la même délimitation claire qu'en médecine interne, n'est pas déterminant, dans la mesure où le Dr V. _____ a procédé à une description détaillée et complète des troubles en question et leur incidence sur la capacité de travail et de gain du recourant.

b) Concernant la capacité de travail, le Dr V. _____ a relevé que les troubles présentés par l'assuré étaient chronifiés de longue date, sans qu'il soit possible d'en déterminer la période d'origine avec précision. Il a en outre précisé ce qui suit à propos du recourant :

"Il a de grosses difficultés d'affectivité, avec tendance à établir des relations plutôt explosives et chaotiques. Il contrôle mal ses impulsions et agit beaucoup en fonction des satisfactions et de ses besoins. Son interaction avec les autres est également inadéquate et conduit souvent à des conflits, voire à des explosions de rage. Ses difficultés rencontrées sont profondément enracinées, présentes depuis la prime enfance, se manifestant par une conduite rigide, inadaptée et disfonctionnelle dans ses situations personnelles et sociales très variées. Il existe également chez l'expertisé une souffrance personnelle qui a un impact visible sur l'environnement social dans lequel il se trouve actuellement, comme mentionné plus haut. Cette pathologie est stable et durable et elle existe depuis son enfance..."il est évident que la pathologie psychique de M. R. _____ est telle, qu'il est incapable d'exercer une activité

professionnelle et que sa seule capacité est réduite à des activités occupationnelles dans un cadre adapté, tel que l'ergothérapie ou un atelier protégé"(rapport d'expertise, p.13-14).

L'expert judiciaire a rappelé que l'intéressé n'avait eu que très peu d'activités dans lesquelles il avait pu tenir plus de 6 mois, ayant de mauvaises performances et donnant peu satisfaction à ses employeurs. Son rendement a aussi diminué. En réalité, si une démarche auprès de l'AI a été évitée jusqu'à présent, c'est parce que l'assuré a pu vivre durant 6 ans "aux crochets de sa première épouse" et qu'il a par la suite pu dépenser son héritage.

Dans un arrêt récent relatif à la capacité de travail d'un assuré en lien avec une personnalité de type borderline (TF 9C_984/2008 du 4 mai 2009, cons. 6.2), le Tribunal fédéral a considéré que la structure actuelle du marché du travail n'offrait plus les conditions qui permettaient encore à une personne souffrant d'un tel trouble, à l'aube des années nonante, de trouver un emploi et d'exercer par intermittence une activité lucrative. L'augmentation de la productivité au sein des entreprises, la pression sur la rentabilité ou encore les nécessités liées à la maîtrise des coûts salariaux pèsent sur les salariés qui doivent désormais faire preuve d'engagement et d'efficacité, s'intégrer dans une structure d'entreprise et, partant, montrer des facultés d'adaptation importantes. Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que si le marché du travail présentait par le passé une souplesse suffisante permettant, tant bien que mal, d'intégrer en son sein une personne de type borderline, la nature et l'importance du trouble de la personnalité constituait, au regard des conditions actuelles du marché du travail, des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité lucrative salariée.

Pour l'ensemble de ces motifs, le Cours de céans estime que cette expertise remplit les exigences posées par la jurisprudence quant à la fiabilité et à la valeur probante (ATF 125 V 351, cons. 3a); une telle valeur ne pouvant pas être attribuée à l'expertise du Dr D._____, ce qui a précisément motivé la mise en œuvre d'une expertise judiciaire établie par le Dr V._____. Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expert

judiciaire emportent la conviction de la Cour de céans, ce praticien ayant démontré l'impact certain du cumul des différents troubles psychiatriques sur la capacité de travail du recourant.

7. a) Cela étant, la Cour de céans estime qu'il y a lieu de se fonder sur le rapport d'expertise du Dr V._____ du 3 décembre 2009 et de retenir que la pathologie psychique de l'assuré entraîne une incapacité de travail à 100 %. Faute de traitement et par voie de conséquence, en l'absence de rapport médical, il n'a pas été possible de reconstituer la chronologie de leur évolution, respectivement de pouvoir en fixer l'origine de manière objective. Il y a lieu néanmoins de considérer qu'ils sont antérieurs à la prise en charge par la Dresse J._____ en février 2008, laquelle atteste également à cette époque une incapacité totale "depuis de nombreuses années". Au degré de vraisemblance requis, on retiendra dès lors qu'une atteinte à la santé totalement invalidante était en tous les cas présente 12 mois avant le dépôt de la demande intervenu en mars 2008. Ces 12 mois correspondant, à teneur de l'art. 48 al. 2 LAI, à la durée maximale d'allocation de prestations rétroactives, lorsque l'assuré a présenté sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, ce qui n'apparaît pas douteux.

Partant, il convient d'admettre que le droit à une rente entière d'invalidité est né en mars 2007.

b) Il se justifie par conséquent d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il détermine la quotité des prestations à servir au recourant, ainsi que les modalités d'octroi (en particulier l'allocation du rétroactif, auquel pourront prétendre les services sociaux qui ont pris le cas en charge depuis 2007).

8. Le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD). Il n'est pas perçu de frais de justice (art. 49 al. 1 et 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 2 octobre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que R. _____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du mois de mars 2007.

- III. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il détermine la quotité ainsi que les modalités d'octroi des prestations à servir à R. _____.

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

- V. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Pierre Bloch (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :