

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} juin 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : MM. Jomini et Bidiville, assesseur
Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre :

I. _____, à Lausanne, recourante,

et

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

Art. 4, art. 28 al. 2 LAI; art 7, art. 8, art. 16 LPG

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après: l'assurée), de nationalité italienne, née en 1956, sans formation, mariée et mère de 3 enfants aujourd'hui majeurs, a travaillé en dernier lieu en qualité de distributrice de prospectus pour la société O. _____, à Lancy.

Le 3 septembre 2007, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) auprès de l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'Office), dans laquelle elle indiquait souffrir d'une hernie discale.

Sur demande de l'OAI, le Dr K. _____, médecin généraliste FMH et traitant de l'assurée, a rendu un rapport médical, daté du 15 octobre 2007, dans lequel il posait les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndromes lombo-vertébraux aigus avec blocage depuis 1999 et lombosciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1 et attestait d'une incapacité de travail du 17 août 2007 au 31 janvier 2008, à réévaluer à cette date. Il joignait un rapport médical du 11 décembre 2006 du Dr [...], spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Ce médecin, qui avait examiné l'assurée le 8 décembre 2006, retenait l'existence d'une discrète discopathie L5-S1 avec des phénomènes dégénératifs de type modic II et une petite hernie discale médiane, sans conflit apparent disco-radiculaire important. Il notait au status un renversement postérieur du tronc modéré sans trouble statique dorso-lombaire dans le plan frontal, ainsi qu'une bonne mobilité du rachis, déclenchant toutefois des douleurs lombaires dans tous les mouvements et une tension ischio-jambière en flexion antérieure. Il ajoutait que la marche sur les talons était possible, ainsi que l'accroupissement, le redressement et la montée sur un escabeau.

Selon les réponses du 29 octobre 2007 de l'assurée au questionnaire *ad hoc* que lui avait adressé l'OAI, en bonne santé, elle

travaillerait à 100% en qualité de ménagère et autre, par nécessité financière.

Par décision du 3 juin 2008, l'OAI, statuant en l'état du dossier au motif que l'assurée n'avait pas participé aux mesures d'instruction exigibles, a rejeté sa demande de prestations. Il a toutefois annulé cette décision le 7 juillet 2008.

B. Le 4 décembre 2009, le médecin traitant de l'assurée a adressé à l'OAI un nouveau rapport médical dans lequel il attestait de l'absence de changement perceptible depuis son dernier rapport. Il précisait que sa patiente se plaignait toujours de lombosciatalgies avec blocage lombaire récidivant lors d'activité physique et estimait improbable la reprise d'une activité adaptée.

Le 8 décembre 2009, la société O._____ a complété un questionnaire AI pour l'employeur dans lequel elle indiquait notamment que l'assurée avait un statut d'indépendant et travaillait sur demande. Elle joignait toutefois diverses fiches de salaires pour les mois de janvier à septembre 2009. Pour les mois d'octobre et novembre 2009, elle produisait deux «factures» pour des livraisons à divers distributeurs de la région.

Selon les extraits de compte individuel de l'assurée établis par la Caisse cantonale vaudoise de compensation au mois d'octobre 2007, la société O._____ apparaît comme employeur entre 1988 et 2006.

Le 18 mars 2010, l'assurée a subi un examen rhumatologique, effectué par le Dr J._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, du Service médical régional pour l'AI (ci-après: le SMR). Dans un rapport du 31 mars 2010, ce médecin posait les diagnostics (avec répercussion durable sur la capacité de travail) de lombosciatalgies chroniques (M54.46), troubles dégénératifs étagés avec protusion discale L4-L5 et hernie discale L5-S1 paramédiane gauche, ainsi que de modification de type modic II en L5-S1, syndrome facettaire avec

rehaussement de l'interligne articulaire à l'IRM de 2006. Le Dr J. _____ précisait les limitations fonctionnelles suivantes : «pas de port de charge supérieure à 2.5 kg de façon répétitive, et occasionnelle au-delà de 5 kg, pas de position statique assise au-delà de 45 minutes sans possibilité de varier les positions au moins une fois par heure, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance formelle, éviter les positions en genuflexion ou accroupies, pas de montée ou descente d'escalier à répétition, éviter les activités en hauteur ou sur terrain instable, pas de position statique debout immobile, diminution du périmètre de marche à une heure environ». Le Dr J. _____ retenait dès lors que dans l'activité habituelle, exercée à un taux de 25%, la capacité de travail de l'assurée était entière, et que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, exercée à plein temps, la capacité de travail était, dès le mois d'octobre 2007, de 75% en raison d'une diminution de rendement liée au processus dégénératif inflammatoire.

Dans un nouveau rapport médical du 22 avril 2010, le SMR a retenu, sur la base de l'examen rhumatologique du Dr J. _____, une capacité de travail de 75%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Le 4 juin 2010, une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée, au terme de laquelle l'enquêtrice a estimé que le degré d'invalidité de l'assurée dans l'activité de ménagère s'élevait à 34.9% (cf. rapport d'enquête économique sur le ménage du 4 juin 2010). Elle expliquait avoir retenu un statut comprenant une part active de 50% et une part ménagère de 50% au motif que les cotisations ressortant des extraits du compte individuel de l'assurée correspondaient selon elle à une activité exercée à temps partiel. Elle ajoutait que l'assurée lui avait également déclaré qu'en bonne santé elle travaillerait à 50%.

C. Le 15 juin 2010, l'OAI a rendu un projet de décision dans lequel il indiquait que le droit aux prestations de l'assurée n'était pas ouvert, celle-ci présentant selon lui un degré d'invalidité de 17.45%. L'Office expliquait qu'il avait calculé le degré d'invalidité en se fondant sur un

statut mixte dont une part active de 50% et une part ménagère de 50%. La capacité de travail de l'assurée dans toute activité professionnelle exercée à 50% était entière, de sorte que seul le degré d'invalidité pour la part ménagère (34.9 %) devait être pris en compte. Pour une activité exercée à 50%, cela représentait une invalidité de 17.45%.

Par courrier du 12 juillet 2010, l'assurée a fait part de ses observations au terme desquelles elle demandait une réévaluation de sa situation. Elle exposait en substance que ses enfants avaient repris son travail de distributrice de prospectus depuis le mois de juin 2007, mais qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100% dans cette activité. Elle joignait trois déclarations de ses enfants confirmant ses dires, ainsi qu'un contrat intitulé "contrat d'agence" conclu avec la société O._____.

Par décision du 30 août 2010, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée pour les motifs explicités dans son projet du 15 juin 2010, précisant dans un courrier daté du même jour que les observations formulées par l'intéressée n'amenaient aucun élément nouveau susceptible de modifier sa position.

D. Le 1^{er} octobre 2010, l'_____ a recouru à l'encontre de cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à l'octroi d'une rente d'invalidité au motif que son état de santé se serait aggravé et ne lui permettrait pas de travailler ni d'exercer une quelconque activité ménagère.

Dans sa réponse du 3 janvier 2011, l'Office intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Il n'y a pas eu d'autre échange d'écritures.

E n d r o i t :

1. 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). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans le délai légal de 30 jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 LPGA) et répondre aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA).

En l'espèce, bien que la recourante n'ait pas communiqué la date à laquelle elle a reçu la décision attaquée et bien que cela ne ressorte pas du dossier, il est peu vraisemblable qu'elle ait reçu dite décision avant le 1^{er} septembre 2010 de sorte que l'on doit admettre que le recours formé le 1^{er} octobre 2010 l'a été en temps utile. Il respecte au surplus les autres conditions de recevabilité.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), 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).

2. La recourante conclut implicitement à l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que son état de santé se serait aggravé dans une mesure telle qu'elle serait dans l'incapacité totale non seulement de travailler mais également d'exercer une quelconque activité ménagère. Est donc litigieuse la question du droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- 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 ;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente litigieuse a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à une rente s'il était invalide à 40 % au moins (RO 2003 p. 3844). D'après l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449).

b) aa) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est

évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité (art. 8 al. 3 LPGA, 28a al. 2 LAI, 27 RAI).

cc) L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI).

dd) Nonobstant les termes utilisés aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de la personne assurée. Il s'agit plutôt de déterminer si elle exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (cf. ATF 133 V 504 consid. 3.3 p. 507 sv., 125 V 146 consid. 2c p. 150, 117 V 194).

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 261 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). 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).

4. Les difficultés dans la présente cause proviennent de la détermination du taux d'activité et du revenu de la recourante avant la survenance de l'atteinte à la santé, ces éléments ayant des répercussions sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité.

La recourante avait en effet conclu un contrat « d'agence » avec l'entreprise O._____, pour la distribution d'imprimés, prospectus, journaux et échantillons. Son statut de cotisante AVS n'est pas très clair, puisque son employeur la qualifie formellement d'indépendante, tout en établissant des fiches de salaire. O._____ apparaît par ailleurs comme employeur sur les extraits de compte individuel de la recourante, établis par la Caisse cantonale vaudoise de compensation. Quoi qu'il en soit, selon ses déclarations au SMR, la recourante consacrait environ 25 % de son temps à cette activité (rapport du SMR du 31 mars 2010, p. 2). Précédemment, elle a indiqué à l'OAI que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à plein temps, pour des raisons financières (réponses du 29 octobre 2007 à un questionnaire *ad hoc* que lui avait adressé l'OAI). Enfin, lors d'une enquête économique au ménage, elle a déclaré à l'enquêtrice qu'elle travaillerait à 50 % sans atteinte à la santé (rapport d'enquête du 4 juin 2010). Dans ces conditions, il n'est pas

possible de déterminer avec un minimum de précision combien de temps l'assurée consacrait réellement à son activité lucrative, avant la survenance de l'atteinte à la santé, ni quelle était sa rémunération pour un équivalent plein temps. Il est également difficile de déterminer quelle méthode d'évaluation est applicable. La question doit cependant être laissée ouverte, dès lors que, comme on le verra, le droit à la rente n'est de toute façon pas ouvert, quelle que soit la méthode d'évaluation choisie.

5. a) En premier lieu, il ressort d'un rapport du SMR que la recourante pourrait exercer son activité de distributrice d'imprimés à un taux de 25 % au moins. Elle disposerait par ailleurs d'une capacité de travail résiduelle de 75 % dans une autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. rapport du SMR du 31 mars 2010). L'évaluation de la capacité de travail résiduelle par le SMR, en particulier par le Dr J._____, qui a procédé à un examen rhumatologique et rendu un rapport complet et bien motivé (cf. rapport du Dr Rudereanu du 31 mars 2010), l'emporte sur l'avis peu motivé du médecin traitant selon lequel la reprise d'une activité adaptée par l'assurée est improbable (cf. rapport du Dr K._____ du 4 décembre 2009). En revanche et contrairement à l'avis de l'intimé, le rapport du Dr J._____ ne permet pas d'établir clairement une capacité de travail résiduelle supérieure à 25 % dans l'activité de distributrice d'imprimés, et cela paraît peu probable au regard des limitations fonctionnelles dont souffre la recourante. La question n'est toutefois pas déterminante, dès lors qu'il serait raisonnablement exigible de la recourante qu'elle renonce à cette activité et se reclasse dans une nouvelle profession pour diminuer son dommage.

b) Compte tenu de l'impossibilité de déterminer le revenu de la recourante dans son ancienne activité professionnelle, pour un taux d'activité équivalent à un emploi à plein temps, et vu la date de la demande de prestations (déposée en septembre 2007), il convient de se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) 2006 pour établir tant le revenu sans invalidité et que celui avec invalidité.

En l'espèce, la recourante, qui ne dispose pas de formation particulière, exerçait une activité ne requérant aucune qualification. Le revenu à prendre en considération est donc celui d'une femme exerçant une activité simple et répétitive (ESS 2006, p. 15, TA1; niveau de qualification 4), soit un montant mensuel de 4'019 fr., part du treizième salaire inclus. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La vie économique, 12-2007, p.94, tableau B9.2), ce montant est porté à 4'189 fr. 80, ce qui donne un revenu annuel de 50'277 fr. 70.

Pour le revenu d'invalidé, il faut effectuer le même calcul, avec un rendement diminué de 25 % et une déduction de 5 % au maximum pour tenir compte du fait que le handicap dont souffre la recourante limite ses perspectives d'atteindre le salaire médian pour une activité simple et répétitive (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Une déduction plus importante n'est pas nécessaire, dès lors que les différents facteurs étrangers à l'invalidité n'ont pas été déduits du salaire médian pris en considération pour établir le revenu sans invalidité ; or, le principe de parallélisme du revenu sans invalidité et du revenu d'invalidé implique que les différents facteurs étrangers à l'invalidité, pouvant influencer la capacité de gain de l'assuré, soient pris en considération pour l'évaluation du revenu de valide comme du revenu d'invalidé, ou qu'il en soit fait abstraction pour établir les deux termes de la comparaison de revenus (sur le principe de parallélisme du revenu sans invalidité et du revenu d'invalidé, cf. ATF 135 V 297, 129 V 222 consid. 4.4 p. 225 et Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2^{ème} éd., 2010, p. 277 sv., p. 321 sv.). Après avoir procédé aux déductions requises, on obtient un revenu annuel d'invalidé de 35'822 fr. 85.

La perte de gain annuelle s'élève donc à un montant de 14'454 fr. 85 (50'277 fr. 70 - 35'822 fr. 85) et le taux d'invalidité pour la part de son temps que la recourante consacrerait à l'exercice d'une activité lucrative à 29%.

c) En ce qui concerne les activités non professionnelles habituelles, le taux d'incapacité reconnu par l'enquête économique sur le ménage est de l'ordre de 35 %. La recourante allègue certes que son état de santé se serait aggravé à tel point qu'elle n'arriverait plus à s'occuper de son ménage. Elle n'amène toutefois aucun élément médical nouveau propre à étayer ses dires. Au contraire, le dernier rapport médical de son médecin traitant atteste d'un état stationnaire (cf. rapport du 4 décembre 2009 du Dr K. _____). De plus, le rapport d'enquête décrit de façon bien détaillée les diverses limitations qui entrent en considération dans les tâches ménagères effectuées par la recourante en raison de son état de santé. Il n'y a donc pas lieu de s'en écarter (sur la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, cf. ATF 128 V 93, TF 9C_693/2007 du 8 juillet 2008 consid. 3).

Dans ces circonstances, que l'on procède à une évaluation de l'invalidité exclusivement fondée sur la méthode ordinaire de comparaison des revenus ou sur une évaluation de l'invalidité fondée sur la méthode mixte - et quelle que soit, dans cette hypothèse, la répartition du temps consacré à l'exercice de l'activité lucrative et des travaux habituels - le taux d'invalidité est inférieur à 40 %. Une évaluation de l'invalidité selon la méthode extraordinaire est par ailleurs exclue, dès lors que la recourante peut être raisonnablement tenue de changer d'activité professionnelle en vue de réduire le dommage (TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.3 et les références; sur la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, cf. ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30 et les références citées, TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 5.2).

6. Le recours se révèle donc mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. 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 rendue le 30 août 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, à raison de 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière:

Du

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

- I. _____
- 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 :