

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 avril 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Métral
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

G. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Eric Stauffacher,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey
(VS).

Art. 53 al. 1 et 2 LPGA

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1956, a travaillé dès 1996 en tant que maçon au service de l'entreprise V. _____ SA. Le 24 août 2000, il a été victime d'un accident; à la suite de l'effondrement du coffrage d'une dalle, l'assuré a fait une chute de onze mètres lui causant une fracture de la hanche droite et une plaie thoracique. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) a pris en charge les frais médicaux et les incapacités de travail en découlant.

Par décision du 28 juillet 2004, la CNA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 21% à compter du 1^{er} septembre 2004, ainsi qu'une indemnité en capital de 7'428 fr. Il était précisé qu'outre les séquelles organiques de l'accident, il existait des troubles psychogènes qui ne pouvaient plus être réduits de manière notable par la poursuite d'un traitement médical. Cette indemnité devait constituer une aide financière pendant la période transitoire jusqu'à la réinsertion professionnelle dans la vie active. Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 10 décembre 2004, entrée en force.

Par décision du 16 mars 2005, confirmée sur opposition le 4 août 2006, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2001 au 31 octobre 2003. S'appuyant sur l'expertise réalisée le 30 janvier 2003 pour le compte de la CNA par le Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'OAI a considéré que la capacité de travail de l'assuré était limitée de 20% tout au plus dans une activité adaptée depuis le mois d'août 2003.

Par arrêt du 28 septembre 2009 (cause n° AI 160/06 - 298/2009), notifié le 13 novembre suivant, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assuré contre la décision sur opposition rendue par l'OAI le 4 août 2006. Cette décision a été réformée en ce sens que l'assuré avait droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er}

août 2001 au 30 juin 2008. Sur la base de l'expertise judiciaire (rapport du 28 avril 2008) confiée en cours de procédure au Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, la Cour a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail nulle depuis août 2000 jusqu'au 30 juin 2008.

A la suite de cet arrêt, l'assuré a sollicité de la CNA, le 17 novembre 2009, le réexamen de son cas et l'octroi des prestations arriérées et courantes, auxquelles il estimait avoir droit.

Par décision du 23 décembre 2009, confirmée sur opposition le 25 mars 2010, la CNA a refusé toute prestation à l'assuré. Elle a en bref considéré que les conclusions de l'expertise psychiatrique judiciaire n'avaient aucun effet sur la situation juridique de l'assuré au plan de l'assurance-accidents. En d'autres termes, le rapport d'expertise du Dr T._____ ne permettait ni la révision procédurale ni la reconsidération de la décision du 28 juillet 2004.

B. Par acte du 7 mai 2010, G._____ a recouru contre la décision sur opposition de la CNA du 25 mars 2010, en concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière de l'assurance-accidents du 1^{er} août 2001 au 30 juin 2008, puis à 50% depuis lors, ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a conclu subsidiairement à l'annulation de la décision dont est recours, la cause étant renvoyée à la CNA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il fait valoir que le rapport d'expertise du Dr T._____ est un fait nouveau justifiant la révision de la décision sur opposition du 10 décembre 2004, et non pas seulement un nouvel avis. Il explique en outre qu'il n'est pas possible de considérer que ses troubles psychiques ont été intégralement indemnisés par l'indemnité en capital et qu'il a donc droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents correspondant à l'incapacité de travail provoquée par ses troubles psychiques. Il soutient enfin que les décisions de la CNA des 28 juillet et 10 décembre 2004 étaient manifestement fausses si bien que l'intimée aurait dû entrer en matière sur sa requête tendant à leur reconsidération.

Dans sa réponse du 8 juin 2010, la CNA conclut au rejet du recours. Elle considère que l'expertise judiciaire du Dr T._____ ne représente ni un fait nouveau, ni un moyen de preuve nouveau. Selon elle, il s'agit tout au plus d'une nouvelle appréciation d'une situation donnée. En outre, la composante psychique de l'atteinte à la santé du recourant a été indemnisée par le versement d'une indemnité en capital, dont l'objectif était de favoriser le recouvrement par le recourant d'une pleine capacité de travail. Que ce but n'ait éventuellement pas été atteint ne constitue pas un motif de révision ou de reconsidération, postérieurement à son octroi. Enfin, elle rappelle que, selon la jurisprudence, une reconsidération ne peut être imposée à l'administration ni par le juge ni par l'intéressé.

Dans sa réplique du 3 août 2010, le recourant confirme ses conclusions. Il soutient en premier lieu que l'expertise judiciaire du Dr T._____ constitue un fait nouveau, dans la mesure où, par arrêt du 28 septembre 2009, la Cour des assurances sociales a écarté le rapport du Dr Q._____, au motif qu'il ne remplissait pas les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il convient donc, selon le recourant, de se placer au moment où la décision du 28 juillet 2004 a été rendue et il est évident que cette décision aurait été différente si l'intimée avait eu connaissance de l'expertise du Dr T._____. Dans un deuxième moyen, le recourant expose souffrir de problèmes psychiques persistants auxquels se sont ajoutés des complications physiques. Les prestations allouées par l'intimée dans sa décision du 28 juillet 2004 apparaissent insuffisantes au regard des éléments qui précèdent et il est dès lors inexact de prétendre que l'atteinte psychique a été suffisamment indemnisée par l'indemnité en capital. Le recourant produit deux pièces sous bordereau. Il s'agit d'une part d'une lettre adressée le 5 juillet 2010 au conseil du recourant par le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans laquelle celui-ci confirme suivre régulièrement l'intéressé à sa consultation et où il précise la médication prescrite. Il s'agit d'autre part d'une lettre adressée le 8 juillet 2010 au conseil du recourant par le Dr Z._____, à laquelle étaient jointes différentes annexes (lettre du 7 juillet 2010 du recourant au Dr Z._____, lettre du 14 juin 2010 du Dr J._____, chef de clinique

adjoint au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital H._____, au Dr D._____, médecin traitant, et lettre du 19 novembre 2009 du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au Dr D._____. Dans sa lettre du 8 juillet 2010, le Dr Z._____ indique que la lettre du 5 juillet précédent résume l'état d'âme du patient. Il souligne sa bonne volonté et le courage avec lequel il assume ses handicaps et les répercussions que son invalidité physique et psychique ont sur son entourage familial. Ces éléments contribuent à fermer, selon lui, le cercle vicieux de la symptomatologie d'angoisse et de dépression d'intensités fluctuantes observées depuis qu'il l'a reçu à sa consultation le 5 avril 2005. Le Dr Z._____ note que, sur le plan somatique, les médecins de l'Hôpital B._____ laissent entendre qu'il n'y a pas beaucoup d'espoir d'amélioration susceptible d'intervenir par la reconstruction chirurgicale de la coiffe des rotateurs. Quant aux problèmes d'ordre ophtalmologique, ils méritent d'être évalués avec attention, pour que le patient ne s'expose pas à des chutes accidentelles, son aptitude à conduire devant encore être examinée.

Dupliquant le 6 septembre 2010, l'intimée maintient ses conclusions. Elle réitère son argumentation selon laquelle il n'y a ni fait nouveau ni moyen de preuve nouveau, susceptible de conduire à la révision ou à la reconsidération de sa décision du 10 décembre 2004. Elle rappelle que, selon elle, l'expertise judiciaire du Dr T._____ constitue une nouvelle appréciation des troubles psychiques affectant le recourant, troubles ayant déjà été pris en considération par l'intimée par le versement d'une indemnité unique en capital, à titre d'aide financière pendant la période transitoire jusqu'à la réinsertion professionnelle dans la vie active. S'agissant ensuite des certificats médicaux produits par le recourant en réplique, l'intimée relève qu'ils n'apportent aucun élément nouveau sur le plan médical. Elle précise enfin que le Dr Z._____ parle d'une symptomatologie présente en avril 2005 déjà, soit à une date très proche de celle à laquelle la CNA a rendu sa décision de décembre 2004, que le recourant aimerait voir revue. Elle conclut en conséquence que les conditions d'une révision ou d'une reconsidération ne sont en l'espèce pas réalisées.

Se déterminant le 13 janvier 2012 sur la duplique de l'intimée, le recourant explique que l'expertise du Dr T._____ constitue bien un élément nouveau et non pas une nouvelle appréciation de sa situation, dans la mesure où le Dr T._____ analyse la composante psychique de son atteinte à la santé d'une manière très différente de celle du Dr Q._____. S'agissant ensuite du versement de l'indemnité en capital, le recourant prétend que c'est à tort que l'intimée s'est fondée sur l'expertise du Dr Q._____ pour décider de verser une telle indemnité, puisque cette expertise n'est pas probante. Aux yeux du recourant, seule l'expertise du Dr T._____ doit servir de base à l'appréciation de son état de santé et, partant, déterminer le versement éventuel d'une indemnité unique en capital. Il y a donc bien un motif de révision, voire de reconsidération de la décision du 10 décembre 2004. Il se réfère pour le surplus à ses écritures précédentes et maintient intégralement les conclusions prises dans son recours.

Le 31 janvier 2012, la caisse intimée rappelle qu'elle avait connaissance de l'expertise du Dr T._____ avant sa décision sur opposition du 25 mars 2010 et qu'il ne s'agit selon elle pas d'un moyen nouveau, mais uniquement d'une appréciation différente de la situation. Elle maintient ses conclusions.

C. A la requête de la juge chargée de l'instruction, l'OAI a produit le 25 octobre 2011 le dossier complet de l'assuré.

Les parties ont été invitées à se déterminer et n'ont fait valoir aucune remarque particulière à son sujet (écriture du recourant du 8 novembre 2011 et écriture de l'intimée du 28 novembre 2011).

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'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 ss LPGA). En l'espèce, formé le 7 mai 2010 contre la décision sur opposition du 25 mars précédent, le recours a été interjeté en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA). Pour le surplus, répondant aux prescriptions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, 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. Il s'agit en l'espèce d'examiner si c'est à bon droit que la CNA a refusé d'entrer en matière sur la requête du recourant en tant qu'elle vise la reconsidération de sa décision sur opposition du 10 décembre 2004, respectivement rejeté sa demande de révision de dite décision, compte tenu de l'expertise du Dr T. _____ et de l'arrêt rendu le 28 septembre 2009 par la Cour de céans.

3. a) Conformément à un principe général du droit des assurances sociales, l'administration (ou l'assureur) peut reconsidérer une décision formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA; ATF 133 V 50 consid. 4.1 p. 52; 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479; 116 V 62 consid. 3a p. 62 s.). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références).

Selon la jurisprudence, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1 p. 52; 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479; 117 V 8 consid. 2a p. 12 s.; TF 9C_447/2007 du 10 juillet 2008 consid. 1; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., n° 44 ad art. 53). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa p.14).

Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions requises sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée en justice. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479; 117 V 8 consid. 2a p. 13; 116 V 62 consid. 3a p. 63; TF 9C_447/2007 du 10 juillet 2008 consid. 1; Kieser, op. cit., n° 44 ad art. 53).

b) Au regard des critères posés par la jurisprudence, il y a lieu de constater, en l'espèce, que la CNA n'est pas entrée en matière sur la demande du recourant. En effet, elle n'a pas examiné si les conditions d'une reconsidération étaient remplies. Au contraire, elle a simplement informé le recourant de son refus d'entrer en matière sur sa demande de reconsidération. Un tel refus, même non motivé, n'est pas sujet à recours. En tant que la décision querellée porte sur la reconsidération de la décision sur opposition du 10 décembre 2004, le recours est irrecevable.

4. a) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110). Sont "nouveaux" au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal ou l'assureur, en cas de révision d'une décision administrative (ATF 127 V 353 consid. 5b p. 358; TF 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1).

b) En l'espèce, l'intimée a écarté la demande de révision en faisant valoir, dans sa réponse du 8 juin 2010, que l'expertise du Dr T._____ ne pouvait être considérée comme un fait nouveau,

respectivement ne constituait pas un nouveau moyen de preuve, dès lors qu'il s'agissait tout au plus d'une nouvelle appréciation d'une situation donnée.

De son côté, le recourant soutient que l'expertise du Dr T._____ constitue un fait nouveau dans la mesure où elle représente, après que l'expertise du Dr Q._____ a été écartée par la Cour de céans dans son arrêt du 28 septembre 2009, le seul avis médical probant permettant d'apprécier son incapacité de travail. Ce moyen ne résiste pas à l'examen. La question n'est en effet pas de savoir si cette expertise revêt une valeur probante ou non, mais bien plutôt de se demander si elle fait état de faits nouveaux. Tel n'est pas le cas. Rendue le 28 avril 2008, cette expertise ne sert pas à l'établissement de faits qui se seraient produits jusqu'au moment où, dans la procédure de recours contre la décision sur opposition du 10 décembre 2004, des allégations de fait étaient encore recevables. Elle donne seulement une appréciation différente de celle qui a été faite par l'autorité intimée dans sa décision sur opposition du 10 décembre 2004. Le recourant ne montre du reste pas en quoi le rapport d'expertise du Dr T._____ contiendrait des éléments de fait qui lui étaient inconnus dans le cadre de la procédure ayant conduit à la décision sur opposition du 10 décembre 2004. Par ailleurs, hormis un rapport médical du Dr Z._____ du 26 février 2007, le Dr T._____ s'est fondé sur des pièces médicales établies exclusivement entre 2001 et 2003. Quant aux troubles ophtalmologiques et à la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite dont se prévaut le recourant en réplique, ils ne sauraient être pris en considération dans le cadre de la présente procédure dès lors que le recourant affirme lui-même que la composante psychique - seule ici en cause (cf. lettre du 17 novembre 2009) - constitue le fondement même de son incapacité de travail (cf. mémoire de recours, p. 8). Au surplus, l'affection aux épaules est connue de longue date (cf. rapport médical du 14 juin 2010 in initio), tandis que la pathologie oculaire, au demeurant non documentée, est en cours d'examen (cf. lettre du Dr Z._____ du 8 juillet 2010).

On ajoutera que, selon la jurisprudence, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-militaire et d'assurance-invalidité. Cette règle de coordination ne trouve toutefois pas application lorsque la décision de l'assureur-accidents est entrée en force avant que l'assurance-invalidité n'ait elle-même statué sur le cas. Tel est le cas en l'espèce. Dans une telle hypothèse, le seul fait que l'assurance-invalidité octroie à son assuré une rente plus élevée que l'assureur-accidents n'est pas en soi un motif qui obligerait ce dernier à augmenter ses prestations aux mêmes conditions. Pour cela, il faut bien plutôt que la reconnaissance d'un degré d'invalidité supérieur par l'AI soit l'expression d'une modification des circonstances déterminantes pour l'évaluation de l'invalidité de la personne assurée ou encore que la décision AI plus favorable prenne en compte des faits ou des moyens de preuve nouveaux (révision procédurale). On rappellera en outre qu'à l'inverse de l'assurance-invalidité, la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes à la santé qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel assuré, ce qui explique que le degré d'invalidité auquel aboutissent ces deux assureurs sociaux soit, s'agissant d'un même assuré, parfois divergent (TFA U 336/01 du 25 octobre 2002 et la jurisprudence citée).

Enfin, dans la mesure où le rapport d'expertise du Dr T._____ a été communiqué au recourant en date du 19 mai 2008 et que celui-ci a attendu que l'arrêt de la Cour de céans du 28 septembre 2009 dans le cadre de la procédure AI soit notifié le 13 novembre suivant pour déposer sa demande de révision, se pose la question de savoir si celle-ci n'est pas intervenue tardivement compte tenu du délai de 90 jours prévu par l'art. 67 al. 1 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021), applicable par le renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA. Cette question souffre toutefois de demeurer ouverte, dans la mesure où elle ne constitue de toute façon pas un motif de révision procédurale, comme on l'a vu.

5. Par surabondance, on relèvera que l'art. 17 LPGA, impliquant une révision liée à une modification des circonstances postérieurement à

une décision entrée en force, n'est en l'occurrence pas applicable, dès lors que le recourant n'allègue pas une péjoration de son état de santé sur le plan psychique après la décision sur opposition du 10 décembre 2004. Cela étant, comme l'explique l'intimée, une indemnité en capital a été versée au recourant en raison de ses troubles psychiques. Le recourant n'a contesté ni le principe de l'octroi d'une telle indemnité ni ses modalités de calcul. L'objectif de l'intimée était de favoriser le recouvrement par le recourant d'une pleine capacité de travail (cf. art. 23 LAA). Ainsi, en cas de paiement d'une indemnité en capital au motif que l'on pouvait pronostiquer qu'elle entraînerait une amélioration de la capacité de travail, l'assureur-accidents ne répond pas du fait que le pronostic ne se vérifie pas ultérieurement et que l'indemnité n'a, dès lors, pas atteint son but (Frésard/Moser-Szeless, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 2^e éd., Bâle 2007, p. 913 sv.). Cette circonstance n'est donc pas non plus un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

6. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision querellée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Bien que la caisse intimée obtienne gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, elle agit comme autorité chargée de tâches de droit public et ne peut en cette qualité se voir allouer des dépens à la charge du recourant (ATF 134 V 340 consid. 7).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 25 mars 2010 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

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 Eric Stauffacher, avocat (pour G. _____),
- Me Olivier Derivaz, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

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 :