

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 décembre 2013

---

Présidence de      Mme      RÖTHENBACHER  
Juges      :      Mme Di Ferro Demierre et M. Merz  
Greffière      :      Mme      Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat auprès du Service juridique de la Fédération suisse de l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 36 al. 1 LPGA; 94 LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A.** J. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1989, est atteinte de poliomyélite. Depuis l'enfance, elle bénéficie de diverses prestations de l'assurance-invalidité. En novembre 2007, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations d'invalidité pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente.

Par communication du 5 septembre 2007, l'assurée a été mise au bénéfice d'une formation professionnelle initiale par l'assurance-invalidité et a pu mener à terme un apprentissage d'employée de commerce auprès de la Fondation [...] à [...]. Après l'obtention de son certificat fédéral de capacité (CFC) en juillet 2010, elle a expliqué à l'OAI qu'elle ne s'estimait pas en mesure d'assumer un emploi à 100%, ayant constaté durant son apprentissage qu'elle était extrêmement fatiguée à l'issue d'une journée de travail. Selon elle, son handicap ne lui permettait de travailler qu'au taux de 50%, et ce pour maintenir une qualité de vie suffisamment bonne (cf. rapport intermédiaire du 6 août 2010).

L'OAI s'est adressé au Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, lequel a établi son rapport médical le 4 novembre 2010. Il posait le diagnostic affectant la capacité de travail de poliomyélite existant depuis l'enfance mais ne se prononçait ni sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail de l'assurée. Il indiquait recevoir en consultation l'assurée depuis 2007 pour des problèmes annexes et recommandait à l'OAI de s'adresser aux médecins orthopédistes qui la suivaient.

Constatant que la dernière consultation de l'assurée auprès de l'Hôpital orthopédique datait de l'année 2007, l'OAI a décidé de soumettre le dossier au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR).

Dans un avis médical du 4 février 2011, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise auprès du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, afin d'obtenir un descriptif détaillé de l'atteinte neurologique de l'assurée. Le Dr D.\_\_\_\_\_ relevait que l'assurée était connue pour une poliomyélite ayant laissé des séquelles sévères aux membres inférieurs mais que les rapports médicaux n'expliquaient pas la fatigabilité de l'intéressée dans une activité adaptée.

L'expertise a été réalisée le 18 mars 2011 à la Clinique [...]. Dans le rapport rédigé le 28 mars suivant, le Dr L.\_\_\_\_\_ posait les diagnostics affectant la capacité de travail de séquelles de poliomyélite des membres inférieurs prédominantes à droite, avec multiples status post opératoires, et de syndrome de fatigue d'origine musculaire, sans atteinte cognitive. Selon l'expert, il n'existait pas d'explication neuropsychologique à la fatigue chronique ancienne annoncée par l'assurée. Il considérait que la capacité de travail était entière dans une activité purement sédentaire, comme derrière un bureau, sans aucune obligation de prendre ou de déplacer des objets (classeurs,...) et sans nécessité de se déplacer pour l'activité professionnelle elle-même; une diminution de rendement de 15% devait cependant être retenue, eu égard à la mise en œuvre motrice qu'éprouvait l'assurée le matin, plus importante et fatigante que pour une autre personne. Par ailleurs, dans une activité similaire mais impliquant le transport et le déplacement de matériel de bureau, la capacité de travail était estimée à 60%.

Le 26 juillet 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée un préavis de refus d'octroi de rente. Il exposait qu'une capacité de travail de 85% dans l'activité adaptée d'employée de commerce était raisonnablement exigible. Dans la mesure où l'assurée aurait pu, sans atteinte à la santé, prétendre à la même formation et, partant, au même revenu à 100%, la perte financière liée à l'atteinte à la santé correspondait à la diminution du temps de travail de 15%, soit le temps nécessaire à la « mise en route » le matin. Son degré d'invalidité était ainsi fixé à 15%, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

L'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté ce projet de décision et produit un rapport établi le 19 juillet 2012 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin-chef du Centre suisse des paraplégiques à Nottwil. Elle soutenait que sa capacité résiduelle de travail ne pouvait plus être évaluée selon l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, mais au regard du rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_. Elle ajoutait que la rencontre avec le Dr L.\_\_\_\_\_ n'avait duré qu'une heure, ce dernier s'étant par ailleurs montré très hautain au début et en cours d'expertise, alors que le rapport établi par le Centre suisse des paraplégiques faisait suite à une rencontre de plusieurs heures avec le Dr Q.\_\_\_\_\_, une physiothérapeute et un ergothérapeute.

Les médecins du SMR ont pris position dans un avis du 23 octobre 2012, dont la teneur est la suivante:

« Il s'agit d'une assurée actuellement âgée de 23 ans. Elle a souffert d'une poliomyélite. Suite à une expertise faite le 28.03.2011, par le Dr L.\_\_\_\_\_, neurologue, avec examen neuropsychologique, nous avons conclu à une exigibilité de 85% dans une profession médicalement adaptée (employée de commerce travaillant en position assise uniquement). Pour cela il faut se rapporter aux conclusions de l'expertise du 28.03.2011 et à l'avis médical SMR du 28.04.2011.

Un rapport médical du service d'orthopédie du S.\_\_\_\_\_ du 31.05.2011 retient les diagnostics suivants:

- Séquelles de poliomyélite avec parésie séquellaire du membre inférieur droit et du membre inférieur gauche
- Pied creux secondaire
- Conflit antérieur de la cheville gauche.

Ce rapport ne se prononce pas sur une exigibilité.

Un rapport médical du généraliste, le Dr X.\_\_\_\_\_ de [...], du 22.10.2011, retient les mêmes diagnostics mais une capacité de travail de 50% dans la profession d'employée de commerce, sans apporter d'élément médical nouveau.

Nous maintenons notre exigibilité (voir avis médical du 16.02.2012).

Or nous recevons un nouveau rapport médical, le 19.09.2012, du Centre Suisse des paraplégiques. Ce rapport médical semble contredire les conclusions de l'expertise médicale du 28.03.2011. Le médecin conclut à une capacité résiduelle de 40% uniquement dans la profession d'employée de commerce, répartie sur 4 après-midi de travail.

Afin de pouvoir déterminer s'il y a eu une péjoration de la capacité de travail depuis 2011, et afin de pouvoir déterminer l'exigibilité actuelle, nous devons organiser une

**Nouvelle expertise chez le Dr L. \_\_\_\_\_ qui a donné son accord »**

Par communication du 9 novembre 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'aux fins de clarifier le droit aux prestations, une nouvelle expertise neurologique était nécessaire et un mandat avait été confié à cet effet au Dr L. \_\_\_\_\_.

Le 21 novembre 2012, l'assurée s'est opposée au choix du Dr L. \_\_\_\_\_, au motif que tant le déroulement que les conclusions de la précédente expertise réalisée par ce médecin étaient contestés.

Le 4 décembre 2012, l'assurée a réitéré son opposition quant au choix du Dr L. \_\_\_\_\_, relevant que selon le SMR, le rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ contredisait les conclusions de l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_. Elle a requis de l'OAI qu'il lui propose trois ou quatre noms d'experts autres que celui du neurologue précité.

Par décision incidente du 29 janvier 2013, l'OAI a retenu que l'expertise était maintenue auprès de l'expert désigné. Cette décision a la teneur suivante:

« Par communication du 9 novembre 2012, nous vous avons informé que l'instruction de la demande de votre cliente, Madame J. \_\_\_\_\_, nécessitait une expertise médicale.

Par courrier du 4 décembre 2012, vous nous avez informés que vous n'étiez pas d'accord avec l'expert proposé, le déroulement ainsi que les conclusions de la dernière expertise, également réalisée par le Dr L. \_\_\_\_\_, étant contestés.

Sur la base de l'article 44 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la personne assurée peut récuser l'expert pour des raisons pertinentes.

Après avoir examiné vos objections, nous constatons qu'il n'y a pas lieu de retenir de motif de récusation à l'endroit de la personne de l'expert susceptible de fonder une apparence de parti pris ou de prévention.

En effet, le fait que le Dr L. \_\_\_\_\_ se soit déjà prononcé en tant qu'expert dans la situation de votre mandante et qu'il ait pris des conclusions défavorables à son égard ne constitue pas un motif de récusation. Au contraire, il nous semble que cet expert soit le plus à même de porter un jugement sur l'évolution de l'état de santé de Mme J. \_\_\_\_\_.

Par ailleurs, le SMR mentionne, dans son avis médical du 23 octobre 2012, que le rapport médical du Centre Suisse des paraplégiques « semble contredire », et non « contredit », la première expertise du Dr L. \_\_\_\_\_. Il est en effet indiqué que l'état de santé pourrait s'être aggravé, raison pour laquelle il a été décidé de confier une nouvelle expertise au médecin susmentionné. Ce dernier pourra ainsi se prononcer sur l'évolution de l'état de santé de votre mandante par rapport à son dernier examen ainsi que sur les constatations des médecins du Centre Suisse des paraplégiques.

D'autre part, les critiques formulées quant au déroulement de l'examen et à l'attitude de l'expert ne font que refléter l'opinion de son auteur et ne sont nullement étayées. On relèvera tout au plus qu'il est normal qu'un expert, qui agit au bénéfice d'un mandat d'expertise, ne fasse pas preuve de la même empathie qu'un médecin traitant, lequel agit dans le cadre d'un mandat thérapeutique. C'est d'ailleurs ce qui garantit l'indépendance et l'impartialité de l'expert.

Pour le surplus, vous ne faites état d'aucun élément permettant de remettre en question l'impartialité du Dr L. \_\_\_\_\_.

Nous vous prions dès lors, dans votre propre intérêt, de vous soumettre à la mesure d'instruction prévue. La date de l'examen sera fixée directement avec vous d'entente avec l'expert, après l'entrée en force de cette décision.

Par la même occasion, nous vous rendons attentif aux conséquences prévues par la loi en cas de non-respect de l'obligation de collaborer.

En effet, la personne assurée doit en effet se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et s'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA).

A cet égard, si la personne assurée ou d'autres personnes qui requièrent des prestations refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier, réduire les prestations ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière (art. 43 al. 3 LPGA).

Si vous ne deviez pas vous en tenir au rendez-vous convenu, ne pas vous présenter ponctuellement à l'expertise ou ne pas collaborer activement lors de celle-ci, votre comportement violerait l'obligation de collaborer et de ce fait, nous pourrions alors nous prononcer en l'état du dossier ou alors décider de ne pas entrer en matière.

Notre décision est par conséquent la suivante :

L'expertise sera effectuée par le Dr L.\_\_\_\_\_. »

**B.** Par acte de son conseil adressé le 5 mars 2013 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, J.\_\_\_\_\_. a recouru contre cette décision incidente. Elle a conclu à titre préalable à la tenue d'une audience de conciliation et, dans l'hypothèse où la tentative de conciliation n'aboutirait pas, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise auprès de ASIM Begutachtung, Universitätsspital, à Bâle.

Dans sa réponse du 23 avril 2013, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il relevait notamment que l'expertise complémentaire n'avait pas été ordonnée dans le but de départager les avis des Drs L.\_\_\_\_\_. et Q.\_\_\_\_\_. mais aux fins d'établir si l'état de santé de la recourante s'était aggravé dans l'intervalle.

Par réplique du 7 mai 2013, la recourante a modifié ses conclusions au cas où l'audience de conciliation ne serait pas fixée, en ce sens qu'elle concluait désormais à la seule désignation d'un autre expert que le Dr L.\_\_\_\_\_. Elle contestait par ailleurs la valeur probante du rapport d'expertise du 28 mars 2011, faisait état d'une attitude « très hautaine » du Dr L.\_\_\_\_\_. lors de l'expertise et invoquait le passé pénal de ce dernier.

Dans une écriture du 3 octobre 2013, la recourante a relevé que selon un récent arrêt du Tribunal fédéral (TF 9C\_207/2012 du 3 juillet 2013, publié aux ATF 139 V 349), une tentative de conciliation pouvait être imposée à un office de l'assurance-invalidité récalcitrant.

Le 14 novembre 2013, la recourante a produit céans un extrait du "Courrier du Médecin Vaudois" de décembre 2011 faisant état d'une suspension de deux ans à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2011, prononcée par la Commission de déontologie de la Société Vaudoise de Médecine (ci-après: SVM) à l'encontre du Dr L.\_\_\_\_\_.

## **E n d r o i t :**

**1.** La recourante conteste le choix de l'intimé de confier une nouvelle expertise neurologique au Dr L.\_\_\_\_\_. Elle soutient que la première expertise réalisée par celui-ci n'est pas probante. Elle invoque également le mauvais contact qu'elle a eu avec l'expert désigné ainsi que le passé pénal de ce dernier.

L'intimé relève que le recours déposé contre une décision de désignation d'un expert doit reposer sur des motifs de récusation formels ou matériels. Il explique avoir mandaté le Dr L.\_\_\_\_\_ pour examiner si l'état de santé de la recourante a évolué depuis la première expertise et non pour départager son avis de celui de l'expert privé mandaté par la recourante. Il relève également que la valeur probante de tel ou tel rapport n'a pas à être tranchée dans la présente procédure, l'objet du recours étant la désignation du Dr L.\_\_\_\_\_ comme expert.

**a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA, à teneur duquel les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours, tout comme le refus de rendre une décision (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Compétente pour connaître du contentieux qui opposerait l'assurée recourante à l'OAI sur le fond (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI), la Cour de céans l'est également pour connaître du présent recours incident.

En cas de désaccord des parties, soit sur l'opportunité de procéder à une expertise, soit sur le centre d'expertises ou sur le choix de l'expert, l'expertise doit être mise en oeuvre par le biais d'une décision incidente sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances (respectivement du Tribunal administratif fédéral) (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6).

En l'espèce, une telle décision a été rendue. Le recours a par ailleurs été interjeté en temps utile (art. 95 LPA-VD et 60 LPGA) et respecte les formes prescrites (art. 79 LPA-VD et 61 let. b LPGA). Il est donc recevable.

**b)** De même que le caractère onéreux ou gratuit de procédures afférentes à des incidents soulevés en cours d'instance est lié au caractère onéreux ou gratuit de la procédure principale (TF 9C\_905/2007 du 15 avril 2008), de même doit-on considérer que la présente décision incidente relève de la Cour des assurances sociales dans une composition ordinaire à trois juges (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD; CASSO 26 août 2013, AI 143/12 consid. 1b), la valeur litigieuse au fond étant supérieure à 30'000 francs.

**2.** La recourante a préalablement conclu à la tenue d'une audience de conciliation. Cette question a fait l'objet d'une procédure de concertation selon l'art. 38 ROTC (règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007, RSV 173.31.1; cf. également CASSO 26 août 2013, AI 143/12 consid. 4c). La Cour des assurances sociales a ainsi jugé qu'il ne lui appartenait ni de tenter de concilier les parties en cas de désaccord de celles-ci ni de désigner elle-même un expert. Il n'y a donc pas lieu de donner suite à la réquisition de la recourante. En effet, faute d'objection fondée ("zulässiger Einwand"), il n'y a pas lieu de procéder à une tentative de conciliation sur le choix de l'expert (TF 9C\_560/2013 du 6 septembre 2013, consid. 2.3; ATF 139 V 349).

**3.** Dans son écriture du 7 mai 2013, la recourante invoque, d'une part, l'absence de valeur probante du rapport d'expertise rédigé le 28 mars 2011 par le Dr L. \_\_\_\_\_ et, d'autre part, l'attitude « très hautaine » de l'expert et son passé pénal.

**a)** Selon la jurisprudence, il convient de distinguer les motifs formels et les motifs matériels de récusation. Les motifs formels sont ceux prévus par la loi, tels que déduits des art. 36 al. 1 LPGA, 10 PA ou 34 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), applicables en procédure administrative fédérale, ainsi qu'en droit des assurances sociales. Il s'agit notamment d'un intérêt personnel de l'expert dans l'affaire, du fait pour l'expert d'avoir agi dans la cause à un autre titre (membre d'une autorité, conseil d'une partie, expert ou témoin), du fait d'être parent ou allié en ligne directe ou, jusqu'au troisième degré, en ligne collatérale avec une partie, son mandataire ou une personne qui a agi dans la même cause comme membre de l'autorité précédente, du fait d'être lié avec une partie ou son mandataire par mariage, fiançailles, partenariat enregistré ou adoption, ou encore un lien de l'expert avec l'affaire pour d'autres motifs, notamment en raison d'une amitié étroite ou d'une inimitié personnelle avec une partie ou son mandataire. Ces motifs de nature formelle sont réputés propres à éveiller la méfiance quant à l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle ne mettent en revanche pas directement en cause l'impartialité de l'expert, mais portent plutôt sur la qualité du rapport que celui-ci pourrait être amené à rendre, sur la valeur probante que ce rapport pourrait revêtir, compte tenu notamment du domaine de spécialisation de l'expert et de ses compétences, ainsi que sur le risque pour l'expertise d'être réalisée de manière lacunaire ou dans un autre sens que celui visé par la personne assurée (ATF 132 V 93; TF 9C\_893/2009 du 22 décembre 2009, TF 1P.553/1999 du 30 novembre 1999).

L'assuré peut désormais invoquer, dans un recours contre une décision de désignation d'un expert, des motifs formels et des objections matérielles (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7).

**b)** En l'occurrence, la recourante conteste la valeur probante du rapport d'expertise déposé par le Dr L.\_\_\_\_\_ puisque ce rapport serait en contradiction avec l'expertise privée réalisée par le Dr Q.\_\_\_\_\_.

Il s'agit là d'une question relative à l'appréciation des preuves qui n'a pas à être tranchée dans le cadre de la présente procédure dès lors que celle-ci concerne la personne de l'expert. L'examen des différentes pièces du dossier, notamment des expertises et des autres rapports médicaux, devra être effectuée par l'intimé avant de rendre la décision octroyant ou non des prestations de l'assurance-invalidité à la recourante et, cas échéant, par la Cour des assurances sociales si elle est saisie d'un recours à l'encontre cette décision.

La recourante ne fait valoir aucune autre objection matérielle à l'encontre de l'expert désigné.

**c)** Les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues (art. 36 al. 1 LPGA). Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, 123 V 175 consid. 3d et l'arrêt cité; VSI 2001 p. 109 sv. consid. 3b/ee; RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a/bb et les références).

En l'espèce, la recourante se borne à invoquer avoir été traitée « d'une manière très hautaine » par l'expert. Il s'agit là d'un élément subjectif et aucune circonstance objective n'est alléguée qui démontrerait,

de ce fait et ne serait-ce qu'au stade de l'apparence, une prévention de l'expert à l'encontre de l'assurée.

**d)** Enfin, la recourante soulève la condamnation pénale dont l'expert a fait l'objet. On ne voit pas en quoi cette condamnation – dont il est de notoriété publique qu'elle n'a pas trait à l'exercice de la médecine par l'expert – serait le signe d'une prévention de celui-ci à l'encontre de l'assurée. Par ailleurs, cet élément n'a pas non plus d'influence sur la qualité de l'expertise, pas plus d'ailleurs que le fait que l'expert a été suspendu de sa qualité de membre de la SVM, suspension au demeurant terminée.

**4.** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

Il y a lieu de déroger au principe de la gratuité, la présente procédure incidente étant onéreuse dès lors que la procédure au fond a trait à une contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations au sens de l'art. 69 al. 1bis LAI (ATF 133 V 441; TF 9C\_905/2007 du 15 avril 2008).

Ainsi, les frais, arrêtés à 250 fr., sont mis à la charge de la recourante déboutée, sans que celle-ci puisse prétendre à l'allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 29 janvier 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais judiciaires, par 250 fr. (deux cents cinquante francs), sont mis à la charge de J.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Marie Agier (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).

La greffière :