

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 novembre 2016

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Chapuisat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Robin Chappaz, avocat à Montreux,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; art. 87 al. 2 et 3 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Le 15 octobre 2003, D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), tendant exclusivement à l'octroi de mesures professionnelles.

Par décision du 17 mars 2005, confirmée par décision sur opposition du 6 juin 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a refusé toute mesure d'ordre professionnel.

Par jugement du 6 novembre 2007, le Tribunal des assurances du canton du Vaud (ci-après : le TASS, devenu au 1<sup>er</sup> janvier 2009 la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) a rejeté le recours. Ce jugement retient notamment les faits suivants :

« D.\_\_\_\_\_, né en 1972, est au bénéfice d'un CFC d'employé de commerce. Après avoir accompli son école de recrue, il a séjourné une année à l'étranger et a été au chômage après son retour au pays. Il a commencé la consommation d'héroïne à l'âge de 18 ans, après celle du ha[s]chich deux ans auparavant. Il a séjourné à la Fondation X.\_\_\_\_\_ à diverses reprises jusqu'en août 2000, ayant alors trouvé un emploi d'auxiliaire à F.\_\_\_\_\_. [...] Il a été licencié pour motifs de réorganisation.

Une nouvelle rechute s'ensuit, avec plusieurs tentatives de suicide par surdose. Après un retour au X.\_\_\_\_\_, l'assuré effectue trois séjours à l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ et est pris en charge au centre C.\_\_\_\_\_. Marié le [...] 1999, l'assuré est père d'un enfant né le [...] 1999. Son divorce a été prononcé par jugement du [...] 2004 du Tribunal d'arrondissement de [...]. Ce jugement retient que l'assuré était sevré lors du mariage mais qu'il a "rechuté et perdu son emploi". Depuis lors, il est sans domicile fixe et a séjourné dans un centre d'accueil pour toxicomanes.

[...]

Dans un rapport du 19 décembre 2003, la Dresse B.\_\_\_\_\_ relève, au sujet de l'assuré, qu'il est important, dans un premier temps, de reconnaître sa situation d'invalidité pour lui permettre de se soigner et d'arriver à une abstinence prolongée dans un cadre thérapeutique strict. Dans un deuxième temps, il sera possible d'évaluer le bien-

fondé d'une éventuelle réinsertion professionnelle (recyclage dans sa profession d'employé de commerce intéressé par l'informatique)".

Dans un rapport du 8 octobre 2004, le Département [...] de psychiatrie [...] (ci-après : Département psychiatrique M. \_\_\_\_\_) indique que la situation de l'assuré "est très fragile et gravissime".

Il résulte d'un avis du 30 décembre 2004 du Service médical régional (ci-après : SMR) que c'est la toxicomanie qui est à l'origine des périodes d'incapacité de travail de l'assuré; elle serait donc de type primaire.

Par décision du 17 mars 2005, complétée par une motivation en annexe, l'OAI a refusé toute mesure d'ordre professionnel, considérant que les périodes d'incapacité seraient dues uniquement à la toxicomanie.

En procédure d'opposition, le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR a établi un nouvel avis le 11 avril 2006, qu'il a complété le 10 octobre 2006, confirmant le caractère primaire de la dépendance, les troubles psychiques étant en outre dus à un conflit conjugal; la décompensation de personnalité n'est pas permanente, mais est "liée à des abus de substance". Le Dr K. \_\_\_\_\_ note du reste que l'ex-femme de l'assuré, ancienne toxicomane, n'a pas rechuté.

La décision du 17 mars 2005 a été confirmée par décision sur opposition du 6 juin 2007. Cet acte administratif a été contesté le 27 juin 2007 par les Drs Z. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, du Secteur psychiatrique de [...]. Ces médecins posent les diagnostics de troubles mixtes et graves de la personnalité avec des traits schizoïdes et borderline ainsi que de troubles anxiodépressifs moyens à sévères, en plus des troubles de poly toxicodépendance. Selon eux, les troubles de personnalité de l'assuré "sont liés à des carences psychosociales majeures vécues depuis un âge précoce" et "sont inscrits dans son registre psychique de façon permanente (...)". La toxicomanie ne serait qu'un symptôme de ces troubles, qui s'aggravent progressivement ».

En droit ce jugement considère en particulier ce qui suit :

« **b)** Il ressort du rapport de la Dresse B. \_\_\_\_\_ du 19 décembre 2003 que le recourant n'est actuellement pas en mesure de s'engager dans un projet professionnel suivi, ce en raison de son état de santé, indépendamment de l'origine des troubles. Cet avis est certes ancien, mais le rapport du Département psychiatrique M. \_\_\_\_\_ du 27 juin 2007 indique que ces troubles s'aggravent progressivement. Ces avis sont confortés par d'autres éléments, de nature matérielle. En effet, l'assuré est bien qualifié professionnellement, a travaillé durant plusieurs mois dans un poste de responsabilité pour un salaire assez important et a été licencié pour des motifs de réorganisation uniquement; à cet égard, ce n'est pas, de la part de F. \_\_\_\_\_, lui faire justice que de qualifier son emploi d'"auxiliaire", ce qualificatif étant infirmé par la nature du travail et la hauteur de la rémunération. L'ancienne aptitude du recourant à occuper un poste de responsabilité est au demeurant

confortée par son incontestable aisance dans l'expression écrite. Il n'y a donc aucun motif objectif qui éloignerait l'assuré de la vie professionnelle, si ce n'est, précisément, son état de santé, notamment son instabilité d'humeur et sa dépendance.

Toute mesure professionnelle mise en œuvre par l'assurance-invalidité serait ainsi vaine tant que l'assuré n'aura pas bénéficié de mesures thérapeutiques idoines. Or, celles-ci ne font pas l'objet de la procédure. Elles devraient en tout état de cause être doublées de mesures d'encadrement social (qui ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité, cf. VSI 1996 p. 317, consid. 3 p. 319; 2001 p. 223, consid. 7), l'assuré étant sans domicile fixe. Il n'apparaît, au vu du dossier, nullement à exclure que l'assuré ait souffert de troubles de la personnalité avant sa toxicomanie, malgré son insertion sociale. De telles atteintes peuvent en principe ouvrir droit à des prestations, pour autant que le caractère de maladie leur soit reconnu; dans cette mesure, le cas différerait de celui qui a fait l'objet de l'arrêt précité publié dans VSI 2001 p. 223. Encore faut-il, cependant, que tout reclassement professionnel ne soit pas d'emblée rendu vain par la toxicomanie, abstraction faite même de tout autre trouble. Au demeurant, on relèvera que, vu la solide formation professionnelle du recourant, on ne voit en l'état guère quelle autre mesure de reclassement pourrait lui être allouée qu'une éventuelle aide au placement, vu le principe d'équivalence (cf. p. ex. ATF 124 V 108, consid. 2a; VSI 2001 p. 108).

**c)** Il n'y a donc pas lieu, vu l'objet du litige, de trancher la question du caractère primaire ou secondaire de la toxicomanie. Il n'en irait pas de même si la contestation portait sur une rente. L'assuré relève ainsi — en particulier pour ce qui est des mesures d'encadrement social — en priorité des services sociaux, et non de l'assurance-invalidité. Ces mesures de type social constituent en effet la condition préalable à tout reclassement professionnel. »

**B.** Le 23 mars 2011, D.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations AI.

Par projet de décision du 11 mai 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière.

Il a rendu le 20 juin 2011 une décision de refus d'entrer en matière.

**C.** Le 18 novembre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations AI. Il a joint à sa demande notamment une attestation établie par V.\_\_\_\_\_, psychologue clinicienne FSP du Cabinet U.\_\_\_\_\_, dont la teneur était la suivante :

« La présente attestation est établie à la demande de D.\_\_\_\_\_, suivi à notre cabinet pour une psychothérapie depuis juillet dernier. Notre but est d'apporter des informations importantes et appuyer la demande de prestations AI effectuée par le CSR.

L'examen clinique de la situation de notre patient permet d'établir différents problèmes qui, en l'état actuel semblent poser des difficultés insurmontables pour une insertion sociale et professionnelle.

Tout d'abord, D.\_\_\_\_\_ souffre d'atteintes graves à sa santé physique qui occasionnent des hospitalisations (sic) récurrentes et nous espérons que des soins sérieux prendront place rapidement.

D'autre part, psychologiquement très instable et fragilisé par des années de poly-dépendances, il souffre de diverses difficultés telles son incapacité à dormir, incapacité à gérer ses émotions et son quotidien de manière générale, ce qui rend improbable, même dans le cas d'un éventuel emploi, qu'il soit à même d'assumer un rôle professionnel.

Le fait même d'avoir demandé notre soutien démontre de la bonne volonté de notre patient cependant, psychologique et physiologiquement incapable de gérer ses substances, il continue donc à aggraver son état de santé globale qui lui empêchent, du moins pour le moment, d'envisager tout changement positif.

Nous avons pu tisser une relation de confiance avec notre patient et espérons continuer notre travail thérapeutique pour le soutenir dans sa volonté de sortir des dépendances dont il se dit usé. »

Le 19 novembre 2015, l'OAI a adressé à l'assuré une lettre rédigée en ces termes :

« Nous accusons réception de votre demande de révision du 18.11.2015 et vous informons que nous considérons cette pièce comme une nouvelle demande au sens de l'article 17 LPGA et des articles 87 et suivants RAI.

Le droit aux prestations que vous sollicitez a déjà fait l'objet d'une décision de refus.

Votre nouvelle demande ne peut être examinée, en application des articles précités que s'il est établi de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Attendu que dans ce type particulier de procédure, il n'appartient pas à l'Office AI, mais à l'assuré de fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, nous vous impartissons un délai de 30 jours pour :

1. Produire, à vos frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres :
  - Le diagnostic

- La description de l'aggravation de votre état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue
- Le nouveau degré de votre incapacité de travail
- Le pronostic et d'autres renseignements utiles

2. Ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision (par exemple : modification de votre situation professionnelle et/ou familiale).

Passé ce délai et sans nouvelles de votre part (ou si les éléments, qui nous seraient apportés entre-temps, ne renfermaient rien de nouveau), nous devons considérer que vous n'avez pas rendu plausible la modification de votre degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière vous sera notifiée.

En cas d'empêchement justifié à nous fournir les éléments demandés dans le délai imparti, un délai supplémentaire de 30 jours pourra vous être accordé sur demande. »

Le 21 janvier 2016, l'OAI a informé l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Par décision du 10 mai 2016, il a refusé d'entrer en matière en considérant l'attestation du Cabinet U.\_\_\_\_\_ comme une appréciation différente d'un même état de fait, l'assuré n'ayant dès lors pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

**D.** Par acte du 10 juin 2016, D.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi de prestations AI. Il soutient notamment que selon les médecins qui le suivent régulièrement, son état de santé entraîne une incapacité de travail de longue durée et que dernièrement, il s'est encore péjoré. Il a produit des certificats médicaux.

Par réponse du 1<sup>er</sup> septembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Après avoir relevé qu'en l'espèce de nouvelles pièces ne pouvaient être examinées en procédure de recours, il a soutenu que l'attestation de la psychologue produite fin novembre 2015 n'était pas de nature à rendre vraisemblable une modification significative de la situation.

Par réplique du 14 septembre 2016, le recourant, alors représenté par Me Robin Chappaz, a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision attaquée étant reconnu invalide à 100% et ayant droit à des prestations AI complètes, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision et plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Il produit un lot de pièces et requiert l'audition de témoins ainsi qu'une expertise. Il soutient en substance que son état de santé s'est aggravé.

Par duplique du 5 octobre 2016, l'intimé a maintenu ses conclusions.

### **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-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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 les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**b)** 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**2.** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, art. 87 al. 2 et 3 RAI ; ATF 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 412 consid. 2b ; ATF 117 V 200 consid. 4b et les références citées).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b). Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet de la demande de prestations avec les circonstances existantes au moment de la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

En outre, dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction

du dossier (ATF 130 V 64 ; voir également les arrêts TFA I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 3.2).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 193 consid. 2 ; ATF 122 V 157 consid. 1a et les références citées), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

En conséquence, les pièces produites au cours de la procédure de recours sont irrecevables. Il en va de même des requêtes d'audition de témoins et d'expertise.

**3.** Il convient d'examiner si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande déposée le 18 novembre 2015 par le recourant, laquelle ne peut être comprise que comme une demande de rente à la lecture du rapport de la psychologue dont il résulte que le recourant ne serait pas apte à exercer un emploi.

**a)** Selon l'art 17 LPGA, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, de même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force. Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA), l'impotence (cf. art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI (ancien art. 87 al. 4 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions de l'al. 2 sont remplies. Le Tribunal fédéral a jugé que l'art. 87 al. 4 RAI s'appliquait également, par analogie, aux prestations de réadaptation et qu'ainsi, lorsqu'une prestation de

réadaptation a été refusée, une nouvelle demande ne doit être examinée que si l'assuré rend plausible que la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer ses droits (ATF 109 V 119 consid. 3a).

Les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent toutefois que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent. Au contraire, l'administration — et en cas de recours le juge — est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une demande de prestations certes nouvelle, mais qui porte sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure (TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 2.2 et les références citées).

**b)** En l'espèce, la première décision de l'intimé portait uniquement sur le refus de mesures d'ordre professionnel, en réponse à la demande initiale du recourant, qui requérait un reclassement dans une nouvelle profession. Comme il le relève, le TASS s'est d'ailleurs expressément abstenu, vu l'objet du litige, d'examiner la question du caractère primaire ou secondaire de la toxicomanie dès lors que la contestation ne portait pas sur une rente.

Il apparaît ainsi que l'intimé s'est prononcé seulement sur le droit à une mesure de réadaptation et non pas sur le droit à une rente d'invalidité.

La demande déposée le 18 novembre 2015 par le recourant qui tend à l'octroi d'une rente n'est dès lors pas soumise aux conditions d'une révision et l'OAI devait l'examiner sur le fond.

**4.** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit

renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'occurrence, en l'absence d'instruction par l'OAI, il se justifie d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à cet Office pour instruction puis nouvelle décision.

**5. a)** En définitive, le recours doit dès lors être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction puis nouvelle décision.

**b)** 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient de fixer, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, à 1'500 fr., à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 10 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet Office pour instruction, puis nouvelle décision.
  
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D.\_\_\_\_\_ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.
  
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Robin Rappaz (pour D. \_\_\_\_\_),
- 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 :