

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} mars 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Berthoud et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par M. Claude Paschoud, juriste, à Lausanne

et

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

Art. 24 et 53 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 88bis RAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1983, est entré en Suisse en 1997. Il a obtenu la nationalité suisse en 2002. Après avoir interrompu un pré-apprentissage de monteur-électricien, il n'a pas été en mesure d'acquérir une formation professionnelle.

Il a formulé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 23 avril 2004, motif pris d'une « malformation du dos ».

En date du 7 mai 2004, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a complété un rapport à l'attention de l'OAI. Il a fait état de « troubles de l'adaptation et de l'intégration socio-professionnelle chez un jeune marocain, maltraité dans l'enfance et qui présente de graves troubles de la personnalité, méfiance, troubles de l'identité, du sens de la réalité, impulsivité. »

Une évaluation bio-psycho-sociale a été réalisée au sein de l'Unité de réhabilitation du Département E._____ du Centre hospitalier F._____ portant sur la période du 15 mai 2004 au 9 juin 2004. Le rapport corrélatif, rédigé le 29 juin 2004 par la Dresse A._____, cheffe de clinique, mentionne les diagnostics de « trouble mixte de la personnalité », de « dysthymie » et de « dorsalgies ». Cette praticienne a précisé que la plupart des investigations n'avaient pas pu être effectuées dès lors que l'assuré avait fait défaut aux rendez-vous fixés ou n'avait assumé qu'une présence aléatoire. La Dresse A._____ a conclu que les douleurs dorsales « contamin[aient] tous les domaines de la vie » de l'assuré. Ce dernier avait une faible capacité d'introspection et le développement de sa personnalité avait vraisemblablement été perturbé par la carence affective, les relations conflictuelles dans sa famille et par la « transculturation ». La prise en charge socio-professionnelle et

psychiatrique était chaotique. Les investigations réalisées ne permettaient pas de déterminer la capacité de travail, mais l'assuré paraissait disposer de ressources en vue d'un projet de réhabilitation. L'analyse par le Département E._____ pouvait être poursuivie dans ce contexte.

La Dresse D._____, médecin généraliste traitant, a fait parvenir un rapport à l'OAI le 22 août 2004, auquel étaient notamment annexés des rapports de consultation spécialisée. Elle a retenu les diagnostics de « cyphose thoracique et insuffisance musculaire avec dorsolombalgies chroniques sur ostéodystrophie de croissance », de « trouble de la personnalité mixte », de « trouble de l'adaptation avec état dépressif récurrent », de « trouble dysthymique » et de « troubles des conduites ». L'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, l'assuré demeurant doté d'une capacité de travail de 50% au moins dans le cadre d'un pré-apprentissage en qualité de vendeur ou dans le secteur informatique. Il s'agissait de tenir compte de ses problèmes psychiatriques et orthopédiques dans le cadre d'une reconversion professionnelle.

A la requête du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), l'OAI a requis un rapport intermédiaire de la part du Département E._____. La Dresse A._____ a indiqué le 29 juillet 2005 ne pas être en mesure de fournir de nouveaux renseignements, en l'absence de suivi médical de l'assuré. Elle s'est référée à l'évaluation réalisée en 2004, précisant que les capacités cognitives de base de l'assuré étaient opérationnelles, de même que ses capacités cognitives complexes. L'assuré avait également de bonnes capacités dans la sphère relationnelle et personnelle. Sur le plan ergothérapeutique, il présentait des ressources qui ne pouvaient toutefois être constamment sollicitées en raison de douleurs dorsales récurrentes.

Le SMR a dès lors préconisé un examen clinique rhumatologique de l'assuré, réalisé en son sein le 7 mars 2006 par la Dresse O._____, spécialiste en médecine physique et rééducation. Aux termes de son rapport du 30 juin 2006, celle-ci a retenu les diagnostics de « rachialgies chroniques non spécifiques dans le cadre d'un trouble

statique avec hypercyphose importante partiellement réductible, insuffisance posturale dans le cadre d'un déconditionnement global et status post maladie de Scheuermann ». La capacité de travail était entière dans une activité sans « position statique prolongée debout, assise, en rotation-flexion-extension du tronc et en porte-à-faux », sans « travail à la chaîne ou sur des machines vibrantes » et sans port de charges supérieures à 15 kg occasionnellement.

Par avis du 27 juillet 2006, le SMR s'est rallié à cette appréciation sur le plan somatique et a considéré que les troubles psychiques de l'assuré n'entraînaient pas d'incapacité de travail.

Partant, l'OAI a établi un projet de décision le 7 août 2006 envisageant de nier le droit de l'assuré à toutes prestations, puisqu'il était doté d'une capacité de travail entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

Représenté par son curateur, l'assuré a contesté le projet précité le 14 septembre 2006 et s'est notamment référé à un rapport de la Dresse D. _____ du 9 septembre 2006. Cette praticienne rappelait que son patient souffrait d'une importante cyphose dorso-lombaire, de troubles de la personnalité et d'une « tendance dépressive récurrente ». Elle déplorait l'absence d'appui professionnel de la part de l'OAI, ce qui risquait d'entraîner « la déchéance et la marginalité, la dépendance des services sociaux » de son patient, alors qu'un cadre protégé pouvait lui permettre d'acquérir une formation. Elle a réitéré son appréciation par courrier à l'OAI du 11 octobre 2006, ce que l'assuré a repris dans un courrier complémentaire du 12 octobre 2006, où il a conclu à la mise en œuvre d'un stage d'observation en vue de la poursuite d'une formation professionnelle.

Par décision du 24 octobre 2006, l'OAI a confirmé les termes de son projet de décision du 7 août 2006. Cette décision est entrée en force, faute de contestation subséquente de l'assuré.

B. L'assuré a ultérieurement été pris en charge par la Fondation W._____, laquelle l'a annoncé à l'OAI par le biais d'une procédure de détection précoce le 1^{er} septembre 2009. Il a également été placé au sein d'une entreprise sociale d'insertion par l'intermédiaire de l'Y._____.

Sur incitation de l'OAI et par l'intermédiaire de son curateur, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations AI en date du 15 septembre 2009.

Le Dr L._____, médecin généraliste, a produit un rapport le 28 décembre 2009 où il a repris les diagnostics précédemment posés dans le cas de son patient et décrit son fonctionnement socio-professionnel chaotique. Il a suggéré la mise en œuvre d'une « évaluation combinée psychiatrique et physique » de la capacité de travail afin de se déterminer dans le dossier.

Sollicité pour avis, le SMR, sous la plume du Dr M._____, a considéré le 21 janvier 2010 qu'aucun élément médical nouveau n'avait été porté à la connaissance de l'assurance en l'état. Le trouble de la personnalité avait certes été établi, mais n'était ni décompensé, ni susceptible de justifier une incapacité de travail.

Par projet de décision du 2 février 2010, l'OAI a communiqué à l'assuré son intention de lui nier le droit à des prestations en l'absence de changement de sa situation depuis son précédent refus du 24 octobre 2006.

En dépit de la contestation interjetée pour le compte de l'assuré par son curateur, l'OAI a rendu une décision conforme au projet précité en date du 26 avril 2010. Celle-ci n'a pas fait l'objet d'un recours de l'assuré et est donc entrée en force.

C. Par pli du 3 juin 2013, l'assuré, soit pour lui son curateur, a informé l'OAI d'une intervention chirurgicale importante réalisée en avril 2013 au sein du Centre hospitalier F._____ par le Prof. P._____.

spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il a requis le réexamen de ses droits éventuels à une mesure professionnelle ou à une rente.

A l'appui de cette requête, le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a adressé un rapport à l'OAI le 28 juin 2013. Il a indiqué que son patient souffrait d'un « trouble dépressif récurrent » et d'un « trouble mixte de la personnalité à traits impulsif et dyssocial ». Il avait par ailleurs fait l'objet d'un « redressement de la colonne vertébrale » au Centre hospitalier F._____, ce qui entraînait une incapacité totale de travail pour une période indéterminée. Il a ajouté que l'assuré n'avait pu acquérir de formation en raison de ses troubles psychiques ce qui justifiait une nouvelle analyse de son dossier.

En sus de rapports médicaux du médecin généraliste traitant de l'assuré, le Dr Z._____, et du Dr N._____, respectivement datés des 4 octobre 2013 et 4 novembre 2013, l'OAI a réuni des rapports du Centre hospitalier F._____, ainsi que Prof. P._____. Ce dernier a indiqué, en date du 9 septembre 2014, que l'assuré souffrait de « dorsalgies résiduelles sur status post-ostéotomes multiples et spondylodèse D2-L2 pour cyphose sur maladie de Scheuermann ». Il relatait la « persistance de douleurs interscapulaires au niveau des trapèzes, de même que cervicales » et préconisait une évaluation complète de ses capacités fonctionnelles, la capacité de travail lui apparaissant restreinte dans une activité lourde. Une réinsertion à temps partiel - à environ 50% - semblait envisageable dès fin septembre 2014. Il convenait d'éviter le port de charges lourdes et les positions statiques prolongées.

Compte tenu de ces éléments, le SMR, dans un avis du 8 décembre 2014, a suggéré la mise en place d'une mesure d'évaluation professionnelle.

L'OAI a en conséquence organisé un stage d'observation professionnelle au sein du Centre U._____ à [...] du 27 avril 2015 au 22 mai 2015

(cf. communication du 4 février 2015). Le rapport corrélatif, rédigé le 16 juin 2015, retient l'impossibilité pour les maîtres de stage de « confirmer une capacité de travail qui semble inexistante compte tenu principalement du comportement, des absences et du ressenti des douleurs de l'assuré ». Les rendements observés ont été considérés comme « minimales ». L'assuré ayant une mobilité du dos très réduite, seuls des travaux de bureau pouvaient être envisagés.

Par rapport final du 19 juin 2015, le Service de réinsertion de l'OAI a communiqué ses doutes quant à la pertinence de la mise en place d'une formation en institution et proposé de solliciter le SMR sur la question de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée.

Ce dernier a requis un complément auprès des Prof. P. _____
et
Dr N. _____, lequel a indiqué le 11 septembre 2015 que les douleurs ressenties par l'assuré représentaient « un facteur aggravant de ses traits de personnalité dysfonctionnels », l'exigibilité de l'exercice d'une activité de bureau lui paraissant compromise.

Vu ces éléments, le SMR, soit le Dr V. _____, a rendu son avis final le 29 septembre 2015 et estimé que l'atteinte psychiatrique de l'assuré le rendait « inapte à toute activité professionnelle même dans une activité adaptée biomécaniquement ». Des mesures professionnelles étaient « inapplicables ». En outre, dans un avis complémentaire du 22 décembre 2015, il a précisé que la capacité de travail était « nulle depuis l'âge adulte ».

Après consultation de son Service juridique, l'OAI a établi un projet de décision le 17 janvier 2017. Il a retenu le caractère manifestement erroné des précédentes décisions entrées en force et une incapacité totale de travail pour toutes activités depuis l'âge adulte. Il a reconnu le droit à une rente entière extraordinaire d'invalidité, dont le versement débiterait en octobre 2015 pour tenir compte du moment où l'OAI avait pu se rendre compte de son erreur.

Représenté par M. Claude Paschoud, juriste, l'assuré a contesté ce projet de décision par pli du 17 février 2017, concluant au versement d'une rente entière d'invalidité dès sa majorité en février 2001, subsidiairement dès le 7 mai 2004, date à laquelle l'OAI avait eu connaissance du rapport médical du Dr C._____.

L'OAI a néanmoins repris les termes de son projet de décision susmentionné et rendu deux décisions datées des 25 septembre 2017 et 16 octobre 2017, mettant l'assuré au bénéfice d'une rente entière extraordinaire d'invalidité, versée dès le 1^{er} octobre 2015.

D. L'assuré, avec l'assistance de M. Paschoud, a déféré la décision du 25 septembre 2017 à la Cour des assurances sociales (Casso) du Tribunal cantonal par acte du 23 octobre 2017. Il a conclu à son annulation et au versement de la rente entière d'invalidité dès le 7 mai 2004.

L'OAI a répondu au recours le 20 novembre 2017 et s'est référé aux considérants de la décision querellée, ainsi qu'à un courrier explicatif adressé au mandataire de l'assuré le 5 juillet 2017. Il a conclu au rejet du recours.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la 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 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant 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 les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, 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 du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 23 octobre 2017 contre la décision de l'intimé du 25 septembre 2017 a été interjeté en temps utile. Il

respecte par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente extraordinaire d'invalidité. Le recourant conteste plus particulièrement le début du versement de la rente, fixé par l'intimé au 1^{er} octobre 2015. Il conclut au versement de cette prestation dès le 14 février 2001, subsidiairement dès le 7 mai 2004.

b) Formellement, le recours est dirigé exclusivement contre la décision du 25 septembre 2017, qui porte sur le versement de la rente à partir du 1^{er} octobre 2015. A priori, le mandataire du recourant n'avait pas connaissance de la seconde décision, datée du 16 octobre 2017, au moment du dépôt du recours. Il est vrai que cette seconde décision n'a pas été notifiée – à tort – au mandataire du recourant, mais directement à l'assuré. Le recourant n'a toutefois pas à supporter les conséquences de cette notification irrégulière (cf. ATF 122 I 97 consid. 3a/aa ; 111 V 149 consid. 4c et les références).

Quoi qu'il en soit, lorsque l'OAI procède en deux temps après la procédure de préavis, d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle, ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision quand bien même l'assuré n'a recouru, formellement, que contre la première décision (Casso, arrêt du 23 avril 2012 en la cause AI 282/11 – 137/2012). On admettra donc que le recours porte également sur la décision du 16 octobre 2017 et qu'il convient de statuer sur le début du droit au versement de la rente, ainsi que le requiert le recourant.

3. a) Les deux décisions litigieuses font suite à une nouvelle demande prestations AI, présentée par le curateur du recourant le 3 juin 2013. Le droit à la rente avait été précédemment nié par deux décisions successives, datées respectivement des 24 octobre 2006 et 26 avril 2010.

b) Aux termes de l'art. 53 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 de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1 ; révision procédurale). L'assureur peut également revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2 ; reconsidération).

Si une erreur manifeste a été commise au détriment de la personne assurée, à propos d'une question spécifique à l'assurance-invalidité, la reconsidération prend effet dès le mois où le vice a été découvert (cf. art. 88bis let. c RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), sous réserve du délai de péremption de cinq ans prévu par l'art. 24 al. 1 LPGA. En revanche, si l'erreur a été commise à propos d'une question qui se pose de manière analogue dans le domaine de l'assurance-vieillesse et survivants, la modification a lieu avec effet rétroactif au moment où la prestation aurait initialement dû être allouée (ex tunc), sous réserve du délai de péremption de cinq ans prévu par l'art. 24 al. 1 LPGA (ATF 129 V 211 consid. 3 ; 129 V 433 consid. 5).

En cas de décision manifestement erronée, le vice est réputé découvert, au sens de l'art. 88bis let. c RAI, au moment où l'existence d'une erreur apparaissait vraisemblable, si bien que l'administration aurait eu suffisamment de motifs de procéder d'office à des mesures d'instruction, ainsi que lorsque la personne assurée a présenté une demande de révision qui aurait dû conduire l'administration à agir et à ordonner d'autres mesures d'instruction (ATF 129 V 433 consid. 5 et 6).

4. **a)** En l'espèce, l'intimé a considéré, à juste titre au vu des pièces au dossier, qu'une reconsidération des décisions de refus de prestations des 24 octobre 2006 et 26 avril 2010 était justifiée et qu'il convenait désormais de reconnaître au recourant le droit à une rente

entière d'invalidité. Le motif de reconsidération - une évaluation manifestement erronée de l'importance des troubles psychiques du recourant et de leur influence sur sa capacité résiduelle de travail et de gain - est spécifique à l'assurance-invalidité, de sorte que l'art. 88bis al. 1 let. c RAI est applicable.

b) Contrairement à ce que soutient le recourant, une reconsidération prenant effet antérieurement à la date à laquelle la décision manifestement erronée a été rendue serait contraire à l'art. 88bis al. 1 let. c RAI. La reconsidération prend nécessairement effet postérieurement à la date de la décision qui en fait l'objet, au moment où le vice qui entache cette décision est découvert ou devait être découvert. Par ailleurs, si une décision de refus de prestation initiale est, par la suite, confirmée par de nouvelles décisions, rendues au terme d'un nouvel examen matériel du droit aux prestations et qui sont entrées en force, une éventuelle reconsidération ne prend effet que lorsque, postérieurement à la dernière de ces décisions, l'administration aurait eu suffisamment de motif de procéder d'office à des mesures d'instruction, ainsi que lorsque la personne assurée a présenté une nouvelle demande qui aurait dû conduire l'administration à agir et à ordonner d'autres mesures d'instruction. En effet, la reconsidération constitue une exception à l'autorité de la chose décidée, qui permet à des conditions particulières de revenir sur une décision entrée en force. L'administration ne peut pas y être contrainte et la jurisprudence a admis la validité de l'art. 88bis al. 1 let. c RAI au motif que si l'administration ne peut pas être tenue de procéder à une reconsidération, elle est également libre d'en limiter les effets dans le temps, par voie réglementaire. Or, en édictant l'art. 88bis al. 1 let. c RAI, le Conseil fédéral a manifestement voulu empêcher qu'une rente ou une allocation pour impotent, refusées par une décision entrée en force de chose décidée, au terme d'un examen matériel, soient ensuite allouées, par voie de reconsidération, pour une période antérieure à cette décision. Il s'agit d'une limite posée, réglementairement, à la remise en cause de l'autorité de chose décidée par voie de reconsidération (ATF 110 V 296 consid. 3c ; TF [Tribunal fédéral] 9C_960/2008 du 6 mars 2009 consid. 1.2 et les références).

c) Compte tenu de ce qui précède, une reconsidération entre en considération uniquement pour la période postérieure à la décision du 26 avril 2010. Or, le premier événement, après cette date, qui aurait dû conduire l'administration à agir et ordonner d'autres mesures d'instruction - ce qu'elle a du reste fait - est la nouvelle demande de prestations déposée par le curateur du recourant le 3 juin 2013. A la suite de cette nouvelle demande, l'administration aurait dû constater les lacunes de l'instruction ayant précédemment conduit au refus de toutes prestations alors même que l'état de santé psychique du recourant et sa capacité résiduelle de travail n'étaient pas établis, ce qui ressort clairement des contestations successives du recourant et de son médecin traitant ensuite des projets de décisions notifiés par l'intimé. Il convient par conséquent de faire remonter les effets de la reconsidération au 1^{er} juin 2013 et de réformer la décision litigieuse en ce sens que le recourant a droit au versement de la rente entière d'invalidité dès cette date.

Au demeurant, on observera que l'opération pratiquée par le Dr P. _____ en avril 2013 a entraîné une incapacité de travail d'une durée de plus d'une année indépendamment de l'état de santé psychique du recourant, ce qui aurait de toute façon dû conduire l'intimé à admettre la nouvelle demande et à allouer une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2014 - en application des art. 17 LPGA, 28 et 29 al. 2 LAI - si la reconsidération à une date antérieure n'avait pas été admise.

5. Vu les éléments qui précède, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que le droit au versement d'une rente entière extraordinaire d'invalidité doit être reconnu en faveur du recourant dès le 1^{er} juin 2013.

a) 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI.

b) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu, d'après l'importance et la complexité du litige, à 1'200 fr. (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 7 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.2]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 25 septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit au versement d'une rente entière extraordinaire de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} juin 2013.

- III. 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.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- M. Claude Paschoud (pour B. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :