

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 février 2020

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
MM. Métral et Piguet, juges  
Greffière : Mme Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI.**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé en tant que chauffeur-livreur de juin 1989 à février 1996, puis comme portier à temps partiel du 3 janvier 1997 au 30 avril 1998. Il a présenté une incapacité de travail dès le 6 juin 1997.

**b)** Le 18 février 1998, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison de lombosciatalgies persistantes malgré deux cures chirurgicales d'une hernie discale en juin 1997, puis en novembre 1997.

En raison d'une discordance entre les éléments somatiques objectifs et les plaintes de l'assuré (cf. rapport du 16 juin 1998 des Drs M. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, spécialistes en médecine physique et réadaptation), une expertise psychiatrique a été confiée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) aux Drs T. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie. Aux termes de leur rapport du 15 janvier 2000, ces experts ont en particulier retenu les diagnostics de troubles dépressifs persistants (F34.8) chez une personnalité de structure psychotique à traits paranoïaques (F600-F608), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), ainsi que de difficultés d'adaptation (étape de vie [Z600]) et autres difficultés liées à l'environnement social (Z608). Selon eux, l'assuré présentait une incapacité totale de travail.

A la demande de l'OAI, une contre-expertise a été réalisée par le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 30 juin 2000, ce médecin a retenu les diagnostics de trouble dépressif majeur, degré léger (F32.0), de syndrome douloureux somatoforme persistant probable (F45.4) et de trouble de la personnalité non-spécifié (F60.9) et estimé que l'assuré conservait une capacité de travail d'au moins 70 % dans une activité dite légère, compte tenu également de la problématique somatique.

Sur cette base, l'OAI a, par décision du 10 mai 2001, dénié le droit à la rente de l'assuré.

La cause a été portée devant le Tribunal des assurances, qui a mis en œuvre une expertise judiciaire. Dans son rapport du 21 mai 2003, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger, de facteurs psychiques aggravant une affection douloureuse chronique (F68.0), de dorsalgies chroniques avec micro-instabilité L5-S1 atteignant le stade Modic II et une discopathie C5-6 avec protrusion disco-ostéophytique postérieure médio-latérale gauche, et de modification de la personnalité (F62.8) par un processus d'invalidation avancé chez une personnalité ayant des traits pathologiques antérieurs (F60.9) ; pour ce médecin, l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 40 % de juin 2000 à juin 2001, de 50 % de juin 2001 à juin 2002, de 60 % de juin 2002 à mai 2003 et de 70 % depuis le 1<sup>er</sup> juin 2003.

Par jugement du 17 mai 2004 (AI 204/01 - 198/2004 & 369/01 - 199/204), le Tribunal des assurances a admis le recours et alloué à l'assuré un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2001, une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2001 et une rente entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003. Ce jugement a toutefois été annulé par le Tribunal fédéral des assurances dans un arrêt du 21 juillet 2005 (cause I 514/04), si bien que le refus de rente a, au final, été confirmé.

**c)** Le 17 novembre 2009, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a fait parvenir à l'OAI un rapport dans lequel il faisait état d'une péjoration de l'état de santé physique de son patient, avec une accentuation progressive des lombalgies depuis 2006. Depuis 2007, l'assuré présentait par ailleurs un état dépressif. Cette correspondance a été traitée par l'OAI comme une nouvelle demande de l'assuré.

Dans ce contexte, l'intéressé a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans leur rapport du 28 avril 2010, les Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombopseudo-sciatalgies chroniques (M54.42) comprenant un status après cure de hernie discale L5-S1 et reprise pour récurrence en 1996-1997, des discopathies étagées se traduisant par une dessiccation modérée en L3-L4, L4-L5, discarthrose avancée L5-S1 avec modification de type Modic II, ainsi qu'une micro-instabilité L5-S1 probable. Aucun diagnostic psychiatrique incapacitant n'était en revanche retenu. Ces médecins ont ainsi considéré que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et qu'aucun élément objectif ne permettait d'adhérer aux conclusions du médecin traitant. Ils ont ainsi conclu à une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée depuis 1999.

Par décision du 29 septembre 2010, l'OAI a conclu à l'absence de motif de révision du cas et a, par conséquent, prononcé un nouveau refus de rente d'invalidité.

**d)** A compter du mois de décembre 2012, l'assuré a repris une activité professionnelle en tant que chauffeur de bus. Le 30 août 2017, il a chuté sur le dos, ressentant une importante douleur irradiant aux membres et entraînant une incapacité totale de travail.

Le 26 février 2018, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 27 avril 2018 adressé à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a expliqué qu'à la suite de son accident, son patient avait repris son activité professionnelle à 50 %, mais qu'un temps plein était en l'état impossible. Il a en outre fait parvenir les documents médicaux suivants :

- Un rapport du 26 septembre 2017 faisant suite à une IRM (imagerie par résonance magnétique) réalisée le 25 septembre 2017, laquelle montrait des discopathies dégénératives étagées de C5 jusqu'à D1 avec compromis de racine nerveuse C6 et C7 à gauche et C8 à droite.
- Un rapport établi le 4 octobre 2017 par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, indiquant qu'il existait une double discopathie dégénérative ancienne en C5-C6, C6-C7 avec un début d'instabilité, des protrusions herniaires latéralisées à gauche sur ces deux niveaux, ainsi qu'une minime protrusion du disque en C7-T1. Selon lui, l'origine des douleurs provenaient des deux disques C5-C6 et C6-C7. Il existait un terrain antérieur avec des discopathies dégénératives qui avaient été nettement dégradées et décompensées par la récente chute, ce qui expliquait la recrudescence des éléments douloureux aussi bien au niveau cervical que radiculaire.
- Un rapport du 2 novembre 2017 du Dr L.\_\_\_\_\_ selon lequel, cliniquement, il n'y avait aucun signe déficitaire, mais des douleurs lors de la mobilisation au niveau des cervicales.
- Un rapport du 6 décembre 2017 du Dr L.\_\_\_\_\_ indiquant que l'examen électromyographique n'avait montré aucune participation radiculaire cervicale, plexuelle ou neuropathique tronculaire. Ce médecin constatait en outre l'absence d'indication chirurgicale.
- Un rapport du 18 janvier 2018 de ce même médecin selon lequel il n'était en l'état pas possible d'envisager plus qu'une reprise de l'activité professionnelle à 50 %.

Dans un avis du 21 juin 2018, la Dre Q.\_\_\_\_\_, médecin au sein du SMR, a constaté que les cervico-brachialgies n'étaient pas

déficitaires et que l'examen neurologique ne révélait pas d'atteinte. Elle a ainsi estimé que la symptomatologie douloureuse ne s'expliquait pas par les atteintes organiques actuelles, mais par un trouble somatoforme douloureux, lequel avait déjà été retenu et pris en considération lors la dernière demande. Aucun élément nouveau ne permettait d'avancer que ce trouble serait désormais incapacitant. Aucune atteinte psychiatrique n'était décrite et un épuisement des ressources n'était pas démontré, l'assuré ayant par lui-même réussi à retravailler depuis 2012, après une longue période sans activité.

Sur cette base, l'OAI a, dans un projet de décision du 28 juin 2018, informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Le 6 juillet 2018, l'assuré, sous la plume de sa protection juridique, a contesté ce projet, alléguant que depuis sa chute il souffrait au niveau du haut du dos, alors qu'auparavant les douleurs étaient localisées au bas du dos.

Par rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2018, la Dre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assuré depuis le 21 août 2018. Elle en outre posé les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent épisode actuel sévère (F33.2) avec caractéristique mélancolique et de trouble de la personnalité vraisemblablement paranoïaque (F60.0). Selon elle, l'incapacité de travail s'élevait au minimum à 50 % dans n'importe quelle activité au vu d'un tableau dépressif sévère entretenu et aggravé par des douleurs somatiques.

Dans un avis du 18 janvier 2019, le Dr B.\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux dans l'axe somatique pour justifier l'aggravation. Par ailleurs, il s'est étonné que l'axe psychiatrique n'ait pas été évoqué plus tôt dans le cadre de la troisième demande de l'assuré et a noté que la survenance du suivi psychiatrique était postérieure à la contestation de l'assuré. En outre, les éléments avancés

par la psychiatre traitante ne rendaient selon lui pas plausible une aggravation objective dans cet axe dans la mesure où un trouble dépressif majeur récurrent épisode actuel sévère (F33.2) était retenu alors que les critères diagnostics s'y référant faisaient défaut. Le traitement médicamenteux était mentionné sans être précisé. La prise en charge se résumait à trois consultations du 21 août au 1<sup>er</sup> novembre de la même année, soit un rythme quasi mensuel, ce qui n'était pas compatible avec la gravité de l'atteinte annoncée. Il n'y avait au demeurant pas eu d'hospitalisation. L'assuré restait de surcroît actif à 80 %, ce qui n'était pas en accord avec un diagnostic F33.2. La même conclusion s'imposait même dans l'hypothèse d'un taux de 50 %. Il n'y avait pour le surplus pas de description d'une journée type de l'assuré qui suggérait un épuisement de ses ressources. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a ainsi conclu à l'absence d'éléments objectifs nouveaux sur les plans somatiques et psychiatriques.

Par décision du 7 février 2019, l'OAI a confirmé son projet du 28 juin 2018 dont il a repris la motivation.

**B.** Par acte du 11 mars 2019, D.\_\_\_\_\_, représenté par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans, concluant au renvoi de la cause à l'OAI, principalement, pour détermination du montant de la rente, subsidiairement, pour complément d'instruction. Il a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En substance, il a contesté la valeur probante des avis émis par les Drs Q.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ du SMR, lesquels s'inscrivaient en contradiction avec les précédentes expertises et l'appréciation de la psychiatre traitante.

Par réponse du 25 avril 2019, l'OAI s'est référé à l'avis du SMR du 21 juin 2018, tout en proposant le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Répliquant le 3 juillet 2019, le recourant a indiqué présenter une incapacité totale de travail depuis le 2 juin 2019. Il a ajouté que le rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2018 de la Dre K.\_\_\_\_\_ rendait hautement

vraisemblable l'existence d'un trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel sévère. Pour le surplus, il a notamment produit des certificats d'arrêt de travail signés par le Dr W. \_\_\_\_\_ entre le 7 janvier et 31 mai 2019, un rapport de la Dre K. \_\_\_\_\_ du 24 mai 2019, ainsi qu'un courriel de la Dre [...] du 21 mai 2019.

Le 19 août 2019, l'OAI a confirmé sa position.

Par courrier du 15 octobre 2019, le recourant a informé la Cour de céans de son licenciement.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 30 juillet 2018.

**3. a)** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

**b)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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 autre investigation par un refus d'entrer 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

**c)** Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales 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. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

**4. a)** En l'espèce, il faut se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de février 2018, a établi de façon plausible que sa situation médicale s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 29 septembre 2010 et les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 7 février 2019. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier, les pièces produites ultérieurement ne pouvant être prises en considération dans cet examen.

**b)** Sur le plan somatique, la dernière décision de refus de rente du 29 septembre 2010 reposait principalement sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 28 avril 2010 des Drs R. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ qui retenaient, à titre de diagnostic avec effet sur la capacité de travail, des lombo-pseudo-sciatalgies chroniques (M54.42) comprenant un status après cure de hernie discale L5-S1 et reprise pour récurrence en 1996-1997, des discopathies étagées se traduisant par une dessiccation modérée en L3-L4, L4-L5, une discarthrose avancée L5-S1 avec modification de type Modic II, ainsi qu'une micro-instabilité L5-S1 probable. Les Drs R. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont toutefois estimé qu'une activité n'impliquant pas de fortes charges physiques était théoriquement possible à 100 % avec une diminution de rendement de tout au plus 25 %.

Dans le cadre de sa nouvelle demande, le recourant a fait valoir une péjoration de son atteinte au niveau du dos à la suite de sa chute du 30 août 2017, se prévalant en particulier de l'appréciation de son médecin traitant, le Dr W. \_\_\_\_\_, qui se fondait sur les rapports d'un spécialiste, le Dr L. \_\_\_\_\_. Constatant une augmentation de l'intensité des douleurs, le Dr L. \_\_\_\_\_ a en particulier fait état de discopathies dégénératives C5-C6 et C6-C7 qui avaient été dégradées et décompensées par la chute (cf. rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 4 octobre 2017). Des atteintes au niveau des cervicales ressortent également de

l'IRM réalisée le 25 septembre 2017. Selon les Drs W.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, la capacité résiduelle de travail du recourant n'excéderait désormais pas 50 % (cf. rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 27 avril 2018 et rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2018). Compte tenu de ce qui précède, il convient de retenir que le recourant a rendu plausible une modification de sa situation somatique depuis la dernière décision de refus, en ce sens qu'il présenterait une nouvelle atteinte à la santé, en particulier au niveau des cervicales, qui influencerait sa capacité de travail.

**c)** Sur le plan psychique, à l'époque de la dernière décision de refus en 2010, les Drs R.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics d'épisode dépressif léger en rémission (F32.0) et de troubles de la personnalité, sans précision (F60.9). Ils ont toutefois estimé que ces derniers n'étaient pas incapacitants, le traitement antidépresseur étant au demeurant efficace.

Le recourant soutient que son état de santé psychique serait désormais incapacitant, se fondant principalement sur l'appréciation de la Dre K.\_\_\_\_\_, laquelle a, dans son rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2018, posé les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent épisode actuel sévère (F33.2) avec caractéristique mélancolique et de trouble de la personnalité vraisemblablement paranoïaque (F60.0). Elle a en particulier fait état d'une perte de plaisir dans toutes les activités, d'un ralentissement psychomoteur marqué, de troubles du sommeil majeurs avec réveil matinal, ainsi que d'une disparition de toute réactivité aux événements potentiellement agréables. On relève que ces symptômes de la lignée dépressive se distinguent de ceux mis en évidence dans le cadre du rapport 28 avril 2010 et justifient, selon la Dre K.\_\_\_\_\_, une capacité de travail de 50 % au plus. L'appréciation de ce médecin est d'autant plus évocatrice d'une aggravation qu'elle s'accompagne par la mise en place d'une médication.

Le Dr B.\_\_\_\_\_ estime, dans son avis du 18 janvier 2019, que le rapport établi par la Dre K.\_\_\_\_\_ comporte des contradictions et n'est pas de nature à asseoir un diagnostic de trouble majeur récurrent épisode

actuel sévère. Son point de vue ne saurait toutefois être suivi dans la mesure où celui-ci semble se fonder principalement sur le moment auquel le suivi a débuté. Or on ne saurait remettre en question les constatations de la Dre K. \_\_\_\_\_ au seul motif que le suivi a été entrepris postérieurement à la contestation du recourant, étant précisé que le Dr B. \_\_\_\_\_ ne discute ni des symptômes mis en exergue par la psychiatre traitante ni de la nécessité de mettre en place un traitement médicamenteux dès le premier rendez-vous. Il en résulte que le rapport produit, de par le diagnostic posé et les informations médicales qu'il contient, rend plausible une aggravation de l'état de santé psychique du recourant depuis la précédente décision de l'OAI.

**d)** Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'assuré a rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la date de la décision attaquée. Dans ces conditions, l'intimé n'était pas fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de révision déposée par l'intéressé le 26 février 2018.

**5. a)** En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision de refus d'entrer en matière du 7 février 2019. Il s'ensuit que la cause doit être renvoyée à l'office intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par le recourant le 26 février 2018, procède à son instruction et rende une 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 de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Le recourant voit ses conclusions admises, de sorte qu'il peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé. Il

convient de fixer cette indemnité à 2'000 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 7 février 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par le recourant le 26 février 2018, procède à son instruction et rende une nouvelle décision.
  
- 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 dépens de 2'000 fr. (deux mille francs).

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Graf (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 :