

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 février 2021

Composition : M. NEU, président
Mmes Durussel et Pache, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

R._____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Procap, à Bienne,

et

E._____, à Vevey, intimé.

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. R. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964, exerçait la profession d'aide physiothérapeute depuis le 1^{er} mai 1994 au sein du [...]. L'intéressée y était engagée à un taux d'activité de 75%.

Depuis le 16 janvier 2013, l'assurée s'est trouvée en incapacité de travail.

Par rapport du 3 juin 2013, le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a résumé le cas de l'assurée comme suit :

« Je connais cette patiente depuis 1996 qui présentait alors une tendinite sus-épineuse de l'épaule droite avec bursite sous-acromiale. Un traitement conservateur a été entrepris par le Dr [...] mais la situation n'a guère évolué favorablement. J'ai alors pratiqué par arthroscopie une bursectomie et une acromioplastie partielle. Les suites opératoires ont été en dents de scie et une reprise du travail n'a pas pu avoir lieu avant une année.

Par la suite, la situation a évolué favorablement jusqu'à il y a quelques mois où elle a présenté à nouveau des douleurs sous-acromiales droites mais aussi à gauche. Ses douleurs surviennent dans le cadre d'une activité professionnelle « lourde ». Depuis l'âge de 15 ans, elle s'occupe des fango au centre thermal alors qu'elle n'a pas de formation professionnelle spécifique. D'ailleurs, elle estime que ses décompensations scapulaires sont l'expression d'une maladie professionnelle.

Au début de cette année, les douleurs scapulaires droites sont de plus en plus marquées, la gênent de nuit comme de jour et entraînent une limitation progressive de sa mobilité. La physiothérapie est prescrite par son médecin-traitant le Dr S. _____ et elle est mise à l'arrêt de travail. La physiothérapie n'apportant pas le résultat escompté, le Dr S. _____ me l'a ré-adressée. Je la vois le 7 mars 2013, elle présente une limitation fonctionnelle en fin de mouvement d'antépulsion, de rotation interne et d'abduction.

Elle n'est plus capable de soulever de charge au-dessus de la taille et passe des nuits difficiles. Je réoriente le traitement physiothérapeutique. Ce qui semble améliorer les choses au contrôle du 25 avril 2013. Personnellement, j'hésite entre la physio et le repos pour expliquer cette amélioration. Je me donne alors encore une série de physiothérapie avant de faire le constat aujourd'hui que la situation n'évolue plus favorablement. Les douleurs nocturnes sont toujours présentes, la mobilité n'a pas grandement changé et j'estime qu'elle n'est toujours pas capable de reprendre son travail. Se pose alors la question aujourd'hui d'un traitement plus agressif.

Comme Mme R. _____ est quasi à considérer comme une collaboratrice de l'hôpital je décide, pour éviter une personnalisation de la relation, de l'adresser au Dr B. _____ de [...], responsable de la consultation de l'épaule. »

Je vous prie donc dorénavant d'adresser vos questionnaires directement à cet orthopédiste.

Pour l'instant, elle continue sa physiothérapie et est toujours à son incapacité de travail de 100 %. »

Le 6 juin 2013, R. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Interrogée sur son statut professionnel, l'assurée a indiqué qu'elle exercerait une activité à 75% si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, s'est déterminé le 12 juin 2013. Ce spécialiste a retenu un diagnostic de conflit sous-acromial de l'épaule droite et de tendinite du tendon du sus-épineux et du long-chef du biceps. Vu la lente progression des douleurs depuis le mois de janvier 2013 et que l'assurée n'était plus capable de porter des charges importantes, elle se trouvait en incapacité totale de travail.

L'assurée a été opérée le 10 juillet 2013 par le Dr B. _____, qui a réalisé une décompression sous-acromiale avec acromioplastie et ténodèse du long biceps. Une reprise du travail théorique à 50% était envisageable à partir du 11 octobre 2013.

Par avis médical du 4 mars 2014, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), par l'intermédiaire du Dr T. _____, spécialiste en médecine interne générale, a fait état d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de l'assurée, d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2014, et à terme de 100%.

Par rapport du 24 novembre 2014, le Dr B. _____ a confirmé une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. En raison de la persistance de douleurs, le Dr B. _____ a procédé à une nouvelle intervention chirurgicale le 3 février 2015, réalisant une arthroscopie de

l'épaule droite, une neurolyse du nerf supra-scapulaire, une décompression sous-acromiale, une arthrolyse ainsi qu'un débridement de l'espace sous-coracoïdien et de l'intervalle des rotateurs.

En accord avec son service médical, l'OAI a convenu de la nécessité de mettre en œuvre un examen clinique rhumatologique, confié au Dr J._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie. Ce médecin, à l'occasion de son rapport d'examen rhumatologique du 15 avril 2015, a retenu - en tant que diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail - des douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite dans le cadre d'un status après deux opérations de l'épaule droite et après capsulite rétractile postopératoire après la première opération, des douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule gauche dans le cadre d'un status après opération de l'épaule gauche, des cervicoscapulalgies bilatérales et lombopygalgies gauche dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis, des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire et discrets du rachis cervical ainsi qu'un glaucome bilatéral avec hypermétropie et syndrome oculaire sec. Concernant les pathologies dénuées de répercussion sur la capacité de travail, le Dr J._____ a retenu une discrète arthrose nodulaire des doigts et une carence martiale anamnestique. Dans l'exercice d'une activité professionnelle, ce tableau clinique induisait la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et debout, l'interdiction de soulèvement respectivement le port régulier de charges d'un poids excédant cinq kilos, l'impossibilité de travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc et la nécessité d'éviter l'exposition à des vibrations. Les atteintes aux épaules privaient également l'intéressée de la possibilité d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60° et d'effectuer des mouvements des bras derrière le dos. Ces limitations fonctionnelles empêchaient l'assurée d'exercer son activité habituelle de physiothérapeute. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, le Dr J._____ retenait une capacité de travail nulle dès le 17 janvier 2013, de 50% dès le 24 novembre 2014, à nouveau nulle depuis le 3 février 2015 puis entière dès le 15 avril 2015. Ce médecin a précisé que son évaluation ne prenait pas en compte les

problèmes ophtalmologiques ainsi qu'un éventuel problème psychiatrique, laissant le soin au médecin responsable d'évaluer ces problématiques.

R._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 14 mai 2015, indiquant cette fois un glaucome à angle étroit bilatéral, un status post iridotomie au laser des deux yeux, un status post reprise d'iridotomie au laser à l'œil gauche, une forte hypermetropie bilatérale, une légère amblyopie de l'œil droit ainsi qu'une sécheresse oculaire bilatérale.

Dans un rapport du 1^{er} juin 2015, le Dr L._____, spécialiste en ophtalmologie, a retenu une capacité de travail de 100% pour autant que l'activité sur écran d'ordinateur soit limitée à deux à trois heures par jour. Le SMR n'a ainsi retenu aucune incapacité de travail du point de vue ophtalmique (avis médical du 7 juillet 2015).

Consulté par l'office de l'assurance-invalidité, le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport le 29 octobre 2015. Il y retenait - en tant que diagnostics avec effet sur la capacité de travail - un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, une anxiété généralisée et des troubles mixtes de la personnalité avec, au premier plan, des traits immatures et émotionnellement labiles. Au vu de cette symptomatologie, le Dr W._____ a estimé que l'assurée était incapable de travailler à hauteur de 40% à 50%. Malgré une légère amélioration de la symptomatologie dépressive, l'assurée restait fragile et le pronostic psychiatrique s'annonçait comme plutôt défavorable. Un travail à temps partiel était uniquement envisageable dans un contexte de travail sécurisant où l'assurée serait amenée à accomplir des tâches clairement définies et où elle serait reconnue et valorisée pour son travail, avec des feedbacks réguliers.

Face à ces nouveaux éléments, le SMR a ordonné l'établissement d'une expertise psychiatrique. Cette dernière a été

confiée au Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport d'expertise établi le 8 juin 2017, ce médecin a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, présent depuis décembre 2013 et actuellement en rémission partielle, ainsi qu'une neurasthénie présente depuis 2013 / janvier 2014. D'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail dans une activité adaptée correspondait à un 75% à partir de la date de ce rapport, à la condition que l'OAI lui prête l'assistance nécessaire dans sa démarche de réinsertion professionnelle. Une activité professionnelle aménagée selon les compétences et les difficultés de l'assurée pouvait débiter de suite à 75%, avec diminution de rendement de 10% en raison de la symptomatologie sub-dépressive et algique non traitée adéquatement. Pour le Dr N._____, la symptomatologie polymorphe d'épuisement, d'usure, qui renvoie au diagnostic de neurasthénie, dominait le tableau clinique. Dite symptomatologie n'atteignait cependant pas la gravité requise de façon à empêcher un processus de réhabilitation professionnelle et personnelle, l'intéressée disposant de ressources subjectives préservées.

Le 23 juin 2017, le SMR a ainsi fixé la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à 50% du 24 novembre 2014 au 1^{er} février 2015, nulle du 3 février au 14 avril 2015 et totale dès le 15 avril 2015. Le SMR énumérait les limitations fonctionnelles suivantes : la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement, de port régulier ou de lever de charges d'un poids de 5 kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60°, pas de mouvement des bras derrière le dos ainsi qu'un travail sur écran limité à 2 heures par jour. Concernant le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée retenu par le Dr N._____, le SMR a souligné que dit trouble n'était, par définition, pas incapacitant.

Finalement, une enquête ménagère a également été diligentée par l'OAI. Dans son rapport du 29 novembre 2017, l'enquêtrice en charge de l'évaluation a proposé un statut de 75% active et de 25% ménagère. Elle a retenu une invalidité de 6,8% dans la réalisation des travaux ménagers.

Par projet de décision du 11 mars 2019, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il entendait lui accorder une rente d'invalidité entière basée sur un degré d'invalidité de 77% entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 juillet 2015. A partir du 1^{er} août 2015, l'on pouvait raisonnablement exiger que l'intéressée exerce une activité adaptée à son atteinte à la santé et respectant ses limitations fonctionnelles, et ce à un taux de 100%. Procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité prenant en compte un taux d'activité de 75% ainsi qu'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assurée, l'office AI a mis en évidence un degré d'invalidité de 19,64% dès le 1^{er} août 2015, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Le 25 avril 2019, R._____, par l'intermédiaire de Procap, s'est opposée au projet de décision précité. Elle a conclu à la nécessité de compléter l'instruction médicale, la problématique ophtalmique et cervicale induisant nécessairement des limitations fonctionnelles plus larges que celles précédemment retenues. Concernant la problématique neurologique, elle a produit un rapport du 5 février 2019 établi par le Dr P._____, spécialiste en neurologie, dans lequel ce médecin a constaté des dysesthésies et fourmillements proximaux aux membres supérieurs en crises quotidiennes irradiant jusqu'aux mains. Le Dr P._____ a conclu à un probable bloc de conduction radiculaire par une radiculopathie cervicale basse réfractaire, de compression partielle sans séquelle permanente grave, concernant probablement la partie cervicale C5-C7.

Par décision du 4 juin 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision. A partir du 1^{er} août 2015, un degré d'invalidité de 22,81% a

été fixé compte tenu d'une part active de 75% et d'une part ménagère de 25% et prenant en compte un abattement de 15% en raison des limitations fonctionnelles présentées par l'assurée.

B. **a)** Par acte du 6 juillet 2020, R._____, par l'intermédiaire de Procap, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps, subsidiairement au renvoi de la cause devant l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. L'assurée soutenait que les problèmes neurologiques constatés par le Dr P._____ n'avaient pas été suffisamment investigués, que l'ensemble des maux et de ses limitations fonctionnelles n'avaient pas été pris en compte et que les mesures de réinsertion préconisées par le Dr N._____, condition *sine qua non* à l'amélioration de sa capacité de travail, n'avaient pas été entreprises. L'intéressée a également requis l'assistance judiciaire.

b) Par décision du juge instructeur du 9 juillet 2020, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 6 juillet 2020, limitée à l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

c) Dans sa réponse du 28 septembre 2020, au vu du défaut de congruence entre les constatations du Dr Greco et l'exigibilité dans une activité adaptée (récupération d'une exigibilité de 75% avec une diminution de rendement de 10%), détaillée à l'occasion de son appréciation du 8 juin 2017, l'OAI a proposé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique afin d'apprécier l'évolution de la capacité de travail depuis 2013.

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 a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au

moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

c) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et

l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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 les points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. En l'occurrence, l'intimé convient, dans sa réponse au recours, d'une instruction lacunaire, respectivement de la nécessité de la poursuivre par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il y a lieu d'en prendre acte. Effectivement, l'appréciation opérée par le Dr

N._____ manque de cohérence, dans la mesure où ce spécialiste retient d'une part un tableau clinique d'une certaine gravité, notamment les symptômes physiques induits par la neurasthénie, dominés par un épuisement physique rapide, un épuisement mental, des céphalées, des douleurs musculaires ou des troubles du sommeil, et d'autre part une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 10% en raison de ressources subjectives apparemment préservées.

Concernant la problématique neurologique, elle n'impose pas d'instruction complémentaire. En effet, on distingue mal l'effet concret des éléments constatés par le Dr P._____ sur la capacité de travail de l'assurée, la force étant notamment conservée, tout comme l'état des nerfs médians, aucune séquelle grave n'ayant été constatée.

Sur le vu de ce qui précède, l'instruction s'avère lacunaire sur le plan psychiatrique et il sied ainsi de renvoyer la cause à l'intimé pour la compléter, ce qui relève au premier chef de sa compétence.

6. a) Partant, le recours est admis en ce sens que la décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision après complément d'instruction sous la forme d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, compte tenu des atteintes physiques à évaluer parallèlement aux atteintes psychiques.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'office intimé, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il

convient d'arrêter à 1000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**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 4 juin 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants et 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 à R. _____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Zurcher, pour la recourante,
- l'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).

Le greffier :