

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 septembre 2021

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Durussel, juge, et M. Bidiville, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 let. b - c LAI ; 87  
al. 2 - 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Ressortissante portugaise, S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mariée et mère de quatre enfants nés entre [...] et [...]. Coiffeuse pour dames de formation (avec un certificat fédéral de capacité obtenu en [...]), elle a travaillé, en dernier lieu et à temps partiel (50-60 %), comme auxiliaire dans la vente de chaussures de 1996 à 2009, puis a œuvré en tant que mère au foyer. Elle a eu un enfant mort-né *in utero* à vingt-huit semaines au mois de mai 2014, situation qui a abouti à un deuil très difficile.

Souffrant de maux de dos et atteinte de dépression, l'assurée a déposé le 27 mai 2016 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Au terme de l'instruction médicale du dossier, suivant l'avis de la Dre X.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR ; avis du 8 février 2018), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a, par décision du 21 mars 2018, rejeté la demande de prestations, motif pris de l'absence d'atteintes à la santé invalidantes au sens de l'assurance-invalidité.

Cette décision n'a pas été contestée.

**B.** Le 26 novembre 2019, S.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations en raison de douleurs ostéoarticulaires diffuses qui l'empêchaient d'exercer toute activité depuis l'été 2018 (rapports des 10 octobre et 7 novembre 2019 de la Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale).

Après être entré en matière sur cette seconde demande et avoir complété l'instruction en recueillant des renseignements médicaux usuels auprès de la médecin traitant (rapport du 16 janvier 2020 de la Dre Q.\_\_\_\_\_), l'OAI a, suivant le point de vue du SMR (avis du 17 février

2020), confié la réalisation d'une expertise médicale bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) au F.\_\_\_\_\_ Sàrl (ci-après : F.\_\_\_\_\_ ) de [...]. Dans leur rapport du 17 septembre 2020, les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont notamment retenu les diagnostics - sans incidence sur la capacité de travail - de hernies discales C4-C5 gauche et C5-C6 gauche sans signes cliniques de compression radiculaire aux membres supérieurs, de discopathies lombaires étagées avec rétrécissement foraminaux L4-L5 gauche sur débord disco-ostéophytaire et hernie discale L4-L5 sans signes cliniques de compression radiculaire des membres inférieurs, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et de tachycardie supraventriculaire paroxystique (tachycardie orthodromique sur faisceau accessoire ou tachycardie auriculaire) avec insuffisance mitrale minime à modérée sur léger prolapsus du feuillet antérieur. En guise de conclusions, les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière en toute activité depuis toujours. Ils n'avaient pas de propositions thérapeutiques à formuler au plan somatique ni au plan psychique, chez une assurée exempte de psychopathologie spécifique.

Après avoir soumis l'expertise au SMR (avis du 20 octobre 2020), l'OAI a, par projet de décision du 22 octobre 2020, informé l'assurée qu'il entendait lui refuser tout droit à une rente d'invalidité, au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé incapacitante au sens de l'assurance-invalidité et que sa capacité de travail était totale dans toute activité.

A l'appui de ses objections du 16 novembre 2020, complétées le 19 décembre 2020, l'assurée a remis en cause la qualité du travail des experts, en particulier sur le plan somatique. Elle était d'avis qu'un « bilan fait en 1 heure de temps » était insuffisant pour déterminer les douleurs ressenties en effectuant certains travaux, ajoutant avoir souffert après quatre heures dans le cabinet au niveau de l'épaule et du dos avec une migraine. Invoquant l'avis de son médecin traitant, elle estimait que son

état de santé physique déficient (fatigue permanente et maux de dos avec fourmillements dans les bras) contre-indiquait la reprise d'une activité à plein temps.

Par lettre du 7 janvier 2021, l'OAI s'est adressé à l'assurée en lui rappelant que, dans la procédure de contestation, il lui appartenait de fournir tous les éléments, en particulier des rapports médicaux détaillés, susceptibles de permettre un réexamen du cas. Pour ce faire, un délai supplémentaire lui a été accordé au 31 janvier 2021. Elle a en outre été avertie qu'à cette échéance, le dossier allait être examiné une nouvelle fois et qu'une décision fondée sur les éléments en possession de l'autorité lui serait ensuite notifiée. Aucune suite n'a été donnée à ce courrier.

Malgré les objections formulées par l'assurée, l'OAI a, par décision du 5 février 2021, confirmé la teneur de son projet de décision du 22 octobre 2020.

**C.**        **a)** Par acte du 4 mars 2021 (timbre postal), S.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 5 février 2021, concluant implicitement à la réforme de la décision précitée dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité. En substance, elle reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, s'estimant inapte à retravailler à plein temps en raison de douleurs et de fatigue permanentes la contraignant à faire sans cesse des pauses. Afin d'étayer ses allégations, elle a fait verser en la cause un rapport du 7 novembre 2019 de la Dre Q.\_\_\_\_\_ (déjà au dossier).

**b)** Dans sa réponse du 10 juin 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé que le rapport produit par l'assurée à l'appui de sa cause avait déjà été pris en compte lors de l'expertise du F.\_\_\_\_\_, et que les critiques de l'intéressée n'étaient pas de nature à modifier sa position.

**c)** Une copie de cette écriture a été transmise à l'assurée pour son information le 14 juin 2021. Elle a été informée à cette occasion de la possibilité de consulter le dossier auprès du greffe du tribunal.

## **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 droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). 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)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

**c)** 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. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**d)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est

resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

**e)** 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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).

**f)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**4. a)** En l'occurrence, l'évaluation de l'état de santé de la recourante doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de l'office intimé du 21 mars 2018. L'office intimé avait rejeté la précédente demande de prestations sur la base d'un avis du 8 février 2018 de la Dre X.\_\_\_\_\_, du SMR, qui avait fait le point de la situation comme suit :

Assurée portugaise de [...] ans, en Suisse depuis [...], avec un CFC de coiffeuse. Selon le RM [rapport médical] du 28.6.16 du Dr A.\_\_\_\_\_, rhumatologue, l'assurée présente des tr. [troubles] statiques et dégénératifs du rachis pour lesquels un suivi a eu lieu du 3.2.15 au 17.8.15. Un diagnostic de spondyloarthrite ne peut être retenu en raison de la pauvreté de la clinique et radiologique (IRM du coccyx et colonne dorso-lombaire du 9.2.15 discrets tr. statiques et dégénératifs du rachis lombaire inférieur, IRM lombaire et sacro-iliaque du 24.2.15 ne montre pas d'anomalie). Se plaignant de douleurs aux chevilles le Dr T.\_\_\_\_\_, orthopédiste, ne relève pas d'atteinte spécifique mais un manque d'activité musculaire avec mauvaise stabilisation des chevilles (RM du 13.7.15). Aucune IT [incapacité de travail] n'a été attestée par ces 2 médecins. Du point de vue cardiologique, il n'y a pas d'anomalie entravant la capacité de travail.

Conclusion : Au vu des éléments au dossier, il n'y a aucun suivi régulier, le Dr A.\_\_\_\_\_, rhumatologue, a vu l'assurée du 3.2.15 au 17.8.15 et n'a pas attesté d'IT, le Dr T.\_\_\_\_\_ a vu l'assurée 2 x et ne retient aucune limitation fonctionnelle. Du point de vue cardiaque, les palpitations sporadiques n'ont pas d'effet sur la CT [capacité de travail]. Le Dr B.\_\_\_\_\_ ne s'est pas occupé des lombalgies. Aucune limitation fonctionnelle n'est objectivée à l'examen clinique orthopédique.

**b)** Se fondant sur les constatations et conclusions de l'expertise du F.\_\_\_\_\_, l'office intimé a estimé que la recourante disposait depuis toujours d'une capacité de travail entière dans toute activité, en l'absence d'atteinte à la santé incapacitante au sens de l'assurance-invalidité.

**aa)** Sur le plan somatique, le Dr V.\_\_\_\_\_ a relevé que la recourante présentait « une limitation discrètement limitée » et douloureuse de la mobilité cervicale, alors que la mobilité lombaire était normale. Il n'y avait pas de signes de compression radiculaire des

membres supérieurs ou des membres inférieurs. La mobilité des épaules était quant à elle normale et il n'y avait pas de signes cliniques pour un syndrome sous-acromial. Il n'y avait pas non plus de limitation de la mobilité coxo-fémorale. Le diagnostic de fibromyalgie était récusé, au motif que le tableau clinique était caractérisé par des douleurs de l'hémicorps gauche et que l'index de la douleur généralisée (*Widespread Pain Index*) était seulement de 8 sur 19. Du point de vue de l'expert, les données subjectives ne trouvaient pas de corrélation adéquate avec l'examen clinique. Les difficultés étaient de nature algique et ne nécessitaient aucun autre traitement que le repos.

**bb)** Sur le plan psychiatrique, le Dr W. \_\_\_\_\_ n'a, au terme de son examen clinique, retrouvé aucune atteinte cérébro-organique, aucune manifestation psychotique floride, aucune atteinte thymique ou anxieuse ainsi qu'aucun trouble spécifique de la personnalité. De l'avis de l'expert, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles pour des motifs psychiatriques. Au contraire, l'expert a constaté la présence de multiples ressources permettant à la recourante de surmonter ses douleurs. Ainsi, l'expert a-t-il notamment conclu son appréciation du cas comme suit (expertise, p. 41 sv.) :

#### Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

- La capacité de travail de Mme S. \_\_\_\_\_ au motif psychiatrique est de 100% depuis toujours. Il n'existe pas de psychopathologie incapacitante dans ce cas.

- Madame dispose de nombreuses ressources :

Elle s'adapte aux règles et aux routines. Elle respecte les règles, vient aux rendez-vous comme convenu et s'intègre dans les processus organisationnels tels que l'actuelle procédure.

Madame planifie et structure les tâches. Elle consacre le temps adéquat à des activités de gestion de ménage, de rangement ou de courses même si celles-ci doivent être complétées par sa fille ou son mari. Les étapes sont structurées judicieusement et elles sont terminées comme elles ont été planifiées.

Madame a sa flexibilité et sa capacité d'adaptation. Elle adapte son comportement, sa réflexion et son vécu à des situations changeantes. Elle est en mesure d'adopter des conduites différentes selon les situations rencontrées.

Madame a longtemps su faire usage de compétences spécifiques que ce soit dans le domaine de la coiffure ou de la vente. Elle sait utiliser ses connaissances de la vie selon les attentes des rôles à jouer.

Madame a sa capacité de jugement et de prise de décisions. Elle est exempte de manifestations psychotiques. Elle perçoit les faits de façon différenciée en fonction du contexte, en tire les conclusions et les conséquences appropriées.

La capacité d'endurance de cette assurée n'est pas amoindrie au motif psychiatrique, Madame relate une fatigabilité et non une asthénie massive. Elle est à même de maintenir un niveau de rendement continu.

Cette assurée a sa capacité de s'affirmer. Elle sait défendre ses convictions sans violer des normes sociales.

Le sens du contact envers des tiers est efficient. Madame entre aisément et de manière informelle en contact avec les experts ou avec autrui.

L'assurée sait évoluer au sein d'un groupe. Elle en discerne les règles et sait s'y adapter.

Elle appartient à un groupe d'amies qu'elle apprécie et qui l'apprécie.

Madame a des relations proches. Elle sait donner et recevoir un soutien affectif significatif.

Cette assurée a des activités spontanées, notamment dans le domaine artistique. L'assurée apprécie particulièrement la décoration intérieure.

L'hygiène et les soins corporels de cette assurée sont sans particularité. Madame n'est pas incuriqué. Elle perçoit les besoins d'un corps sain et y réagit de manière appropriée.

Madame a sa capacité de déplacement à pied ou en bus. Elle sait aller à différents endroits et respectivement se confronter à différentes situations. L'assurée sait prendre l'avion pour se rendre en vacances.

- Les difficultés de Mme S. \_\_\_\_\_ sont les difficultés somatiques explorées ailleurs.

**cc)** Pour le reste, il y a lieu de constater que le rapport d'expertise du 17 septembre 2020 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer entière valeur probante. Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse circonstanciée du cas, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations fouillées, il contient une appréciation claire de la situation

fondée sur des examens spécialisés réalisés dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire et aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions.

**c)** Rien au dossier ne permet de retenir que la recourante ne serait pas objectivement en mesure, pour des motifs psychiques ou somatiques, d'exercer une activité lucrative. Les différents avis - du 10 octobre 2019, 7 novembre 2019 et 16 janvier 2020 - rédigés par la Dre Q.\_\_\_\_\_ ne sont pas suffisants pour remettre en cause l'analyse détaillée effectuée par les experts. Les rapports de ce médecin ont tous été pris en compte par les experts dans le cadre de leur évaluation médicale. Elle ne fait en particulier pas état de diagnostics qui auraient été ignorés, ou qui auraient échappés aux experts. Malgré le contexte de douleurs multiples ostéoarticulaires accompagnées d'une fatigabilité accrue depuis la fin 2018, le diagnostic de fibromyalgie a été écarté par le Dr V.\_\_\_\_\_ ; malgré la présence de 17 (sur 18) points positifs pour la fibromyalgie, le tableau clinique était caractérisé par des douleurs de l'hémicorps gauche avec une valeur limite à 8/19 à l'index de la douleur généralisée (*Widespread Pain Index*). De même, l'annonce de douleurs cervicales irradiant dans les deux bras, surtout du côté gauche, avec des paresthésies intermittentes dans la main gauche qui entravaient l'usage du bras gauche avec augmentation des douleurs et apparition de paresthésies en abduction ou antépulsion de plus de 45°, n'était pas corrélée à des éléments cliniques objectifs. Il n'y a par ailleurs aucun traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, la recourante ne consultant pas de psychiatre ; elle n'avait du reste jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique et ne prenait pas de traitement psychopharmacologique.

**d)** Sur le vu de ce qui précède, il n'existe aucune aggravation incapacitante de l'état de santé de la recourante de nature à influencer négativement sa capacité de travail. La situation de la recourante s'avère superposable à celle qui avait cours le 21 mars 2018. Ceci exclut le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

**5. a)** En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. Celle-ci est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Elle est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (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 rejeté.
- II.** La décision rendue le 5 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- S. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :