

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 novembre 2021

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Métral et Mme Durussel, juges  
Greffier : M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 LAI**

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

**A.** Au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de confiseur-pâtissier-glacier, K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, a exercé diverses activités au service de plusieurs employeurs avant de travailler en qualité d'agent de sécurité pour le compte de l'Etablissement U.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2003 au 28 février 2018, date pour laquelle il a résilié les rapports de travail.

Souffrant de problèmes cardiaques et aux genoux ainsi que d'une surdité à l'oreille droite, l'assuré a déposé, en date du 31 janvier 2019, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assuré. Dans un rapport du 21 juin 2019, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de coronopathie avec stents en 2012 et 2015, de status après un accident vasculaire cérébral en 2012 et de probable trouble de la personnalité, atteintes qui ne faisaient toutefois pas obstacle à l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. Dans leur rapport des 27 juin et 5 juillet 2019, les Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie, et C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, ont pour leur part indiqué n'avoir vu l'assuré qu'à l'occasion d'une seule consultation, respectivement en 2016 et 2015 et ne pas être en mesure de compléter le questionnaire qui leur avait été adressé.

Le 7 octobre 2019, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait lui dénier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles), au motif que, selon les renseignements médicaux recueillis, il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité et qu'une pleine capacité de travail était

exigible de sa part tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité.

Par courrier du 1<sup>er</sup> novembre 2019, l'assuré a fait part de son désaccord avec ce projet de décision, en soulignant plus particulièrement que la gravité et la complexité de son état de santé rendaient difficile toute réinsertion professionnelle.

Ensuite des informations communiquées par l'assuré à l'office AI (courrier du 20 février 2020), celui-ci a demandé au Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de lui faire parvenir un rapport médical, ce qu'il a fait en date du 29 avril 2020. D'après le document produit, l'assuré était suivi à sa consultation depuis le mois de février 2020 et présentait un tableau clinique qui conduisait à retenir les symptômes d'un état de stress post-traumatique sévère évoluant vers une modification durable de la personnalité. En outre, des douleurs thoraciques et des maladies cardiovasculaires ne faisaient qu'augmenter ses angoisses et ses craintes. Compte tenu des problèmes de santé physique et psychique de l'assuré, la reprise d'une activité professionnelle lui paraissait difficile.

Après examen des éléments médicaux au dossier, la Dre Q.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé qu'il convenait de poursuivre l'instruction par une expertise pluridisciplinaire comportant un volet psychiatrique, de médecine interne et rhumatologique (ou de médecine physique et réadaptation) afin de poser des diagnostics clairs et d'évaluer leur caractère incapacitant ainsi que la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée de même que son évolution au fil du temps (avis médical du 18 août 2020).

Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Centre d'expertises V.\_\_\_\_\_, à M.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport de synthèse du 7 janvier 2021, les Drs D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et L.\_\_\_\_\_, spécialiste en

médecine physique et réadaptation, ont conclu à l'absence de pathologie influençant la capacité de travail dans une activité compatible avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg en rectitude du tronc et pas de port de charges supérieures à 2 kg en antéflexion du tronc, pas d'exposition aux intempéries ou d'utilisation d'engins vibrants, pas de travail à genoux ou en position accroupie et limitation des montées et descentes d'escaliers. Moyennant le respect de ces limitations, la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle d'agent de sécurité considérée comme adaptée.

Sollicitée pour détermination, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a fait sienne l'appréciation des experts (avis médical du 22 mars 2021).

Par décision du 13 avril 2021, l'office AI a entériné son refus de prester. Dans une lettre d'accompagnement datée du même jour, il a exposé en quoi les objections formulées le 1<sup>er</sup> novembre 2019 n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa position.

L'assuré ayant transmis cette décision au Dr B.\_\_\_\_\_, ce dernier s'est entretenu par téléphone, le 26 avril 2021, avec la gestionnaire en charge du dossier de son patient. A cette occasion, il s'est étonné que les experts se soient prononcés sans avoir pris contact avec aucun de ses médecins traitants. D'après lui, au vu de l'ensemble de ses pathologies, l'intéressé était incapable de travailler, sauf à admettre que le corps médical chargé de son suivi s'était trompé, ce qui le surprenait compte tenu de la durée de celui-ci. Il a annoncé le dépôt d'un recours (note d'entretien téléphonique du 26 avril 2021).

**B.**           **a)** Par acte du 20 mai 2021 (timbre postal), K.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 13 avril 2021. En substance, il a fait valoir que son état de santé, tant psychique que somatique, excluait l'exercice de quelque activité professionnelle que ce soit. A l'appui de ses allégations, il a produit un document - déjà au dossier - faisant état d'une intervention cardiaque pratiquée en 2020 en raison d'une artère bouchée

à 95 %, ce qui aurait engagé son pronostic vital. Dans ce contexte, la décision litigieuse était incompréhensible aussi bien pour son réseau de soins que pour lui-même, qui s'estimait blessé de ne pas être reconnu dans ses souffrances.

**b)** S'exprimant spontanément par pli du 29 juin 2021, l'assuré a expliqué avoir soumis le rapport d'expertise du Centre d'expertises V.\_\_\_\_\_ au Dr B.\_\_\_\_\_, lequel avait suggéré une contre-expertise au vu des incohérences relevées dans l'appréciation du Dr D.\_\_\_\_\_.

**c)** Dans sa réponse du 9 août 2021, l'office AI a relevé qu'en l'absence d'éléments objectifs nouveaux, il n'y avait rien à reprocher au rapport d'expertise du Centre d'expertises V.\_\_\_\_\_, lequel devait ainsi se voir conférer pleine valeur probante. Partant, il a conclu au rejet du recours.

**d)** Après avoir exprimé en quoi l'appréciation du Dr D.\_\_\_\_\_ n'emportait pas sa conviction, l'assuré a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Pour le reste, il a répété qu'il s'estimait incapable de travailler en raison de son état de santé (courrier du 16 août 2021).

### **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)** 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 du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir s'il présente une atteinte invalidante au sens de la loi.

**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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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)** 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).

**c)** 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, le recourant a fait l'objet d'examens complets sur les plans de la médecine physique/réadaptation, de la médecine interne et de la psychiatrie auprès du Centre d'expertises V.\_\_\_\_\_, dont les conclusions ont été suivies par l'intimé pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de celle-ci, il disposait, malgré les atteintes à la santé qu'il présentait, d'une capacité de travail entière en toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pas de port de charges supérieures à 10 kg en rectitude du tronc et pas de port de charges supérieures à 2 kg en antéflexion du tronc, pas d'exposition aux intempéries ou d'utilisation d'engins vibrants, pas de travail à genoux ou en position accroupie et limitation des montées et descentes d'escaliers).

**b)** Sur le plan somatique, le recourant présente essentiellement des problèmes au dos et aux genoux ainsi qu'au niveau cardiaque.

**aa)** Dans son rapport du 7 janvier 2021, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics de lombalgies basses sur spondylolisthésis de grade I de L5/S1 avec discopathie L5-S1 et de gonarthrose fémoro-tibiale médiale modérée sur genu varum. L'examen clinique, réalisé dans d'excellentes conditions de participation, a mis en évidence, outre une obésité abdominale, un genu varum bilatéral ; la mobilité des membres, notamment des genoux, était normale avec même une hyperextension à 15° bilatérale ; il n'existait pas de laxité et la palpation était indolore au niveau des interlignes articulaires des genoux ; la force musculaire était respectée aux quatre membres et il n'existait aucun critère diagnostique de fibromyalgie avec absence de signe de Waddell ; quant à la mobilité rachidienne, elle n'était pas limitée et il n'y avait pas de déclenchement d'une douleur lombaire basse médiane lors de l'extension ; la palpation était également indolore. Hormis la reprise d'une physiothérapie active de type renforcement musculaire global, notamment lombaire, le Dr L.\_\_\_\_\_ n'a préconisé aucun traitement, en particulier de prise en charge chirurgicale lombaire ou des genoux. Au terme de son analyse, il a estimé que l'activité de surveillant était parfaitement adaptée, à condition d'éviter le port de charges supérieures à 2 kg en antéflexion du tronc, respectivement à 10 kg en rectitude du tronc, le travail à genoux ou accroupi ainsi que la montée et la descente d'escaliers. Moyennant le respect de ces limitations, la capacité de travail du recourant était entière depuis toujours dans une telle profession.

**bb)** Sous l'angle de la médecine interne, le Dr R.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cardiopathie ischémique, de dyssomnie nocturne plurifactorielle, de surcharge pondérale, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie traitée, de status après hémorragie digestive sur ulcère antral en 2016, de lithiase urétrale en 2018 et de tabagisme actif. Dans un contexte d'hypertension artérielle et de dyslipidémie, l'assuré a présenté,

en décembre 2012, une cardiopathie bitronculaire ayant nécessité une double intervention chirurgicale (pose de trois stents) puis, en septembre 2015, un nouveau malaise a conduit à la pose d'un nouveau stent. L'évolution a été favorable avec une reprise du travail malgré une dysfonction ventriculaire gauche modérée de l'ordre de 40 à 45 %. Le contrôle annuel pratiqué en juillet 2020 avait révélé une situation globalement stable tandis que la coronographie du 23 août 2020 avait montré une sténose serrée de l'interventriculaire antérieure ostiale ayant motivé la pose d'un stent actif. Depuis lors, l'évolution était favorable avec, aux dires de l'intéressé, une amélioration de son état général. Il n'avait au demeurant jamais présenté d'arythmie ou d'insuffisance cardiaque.

Au vu des plaintes de l'assuré, une IRM cérébrale pratiquée en 2017 s'était révélée normale, tandis qu'une polysomnographie réalisée en novembre 2020 avait mis en évidence une dyssomnie : même si le sommeil était entrecoupé, voire agité, cet examen n'avait pas réellement montré de syndrome d'apnées obstructives du sommeil ; s'il existait certes quelques mouvements périodiques des jambes, l'index de désaturation était cependant dans les normes. La dyssomnie faisait l'objet de mesures comportementales et n'induisait pas d'altération de la vigilance en l'absence d'un trouble primaire du sommeil. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a qualifié le reste de l'examen clinique de normal, l'assuré étant normo-tendu. Il a en particulier relevé que l'hypoacousie droite annoncée par l'assuré n'avait pas été retrouvée à l'examen clinique et que l'otoscopie était normale. Pour le reste, il existait un traitement de l'hypertension artérielle, de la dyslipidémie ainsi qu'un traitement antiplaquettaire double en raison du stenting récent de la première marginale. Ces traitements étaient adéquats et bien tolérés. Toutefois, l'effort essentiel concernait une modification de l'hygiène de vie impliquant l'arrêt du tabac, la reprise d'une activité physique, la lutte contre le déconditionnement et une perte de poids. Le Dr R. \_\_\_\_\_ déplorait que les facteurs de risque constitués par la sédentarité, le déconditionnement, la poursuite du tabagisme et la surcharge pondérale n'étaient pas envisagés. Pour autant, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle significative ni de diminution de rendement

dans une activité moyennement lourde et sans exposition aux engins vibrants ou aux intempéries.

**c)** Du point de vue psychiatrique, le Dr D. \_\_\_\_\_ a conclu son rapport en relevant que le tableau clinique était compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F 41.2) avec la précision que le caractère chronique de l'évolution de la symptomatologie ne permettait pas de retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation. La symptomatologie anxieuse était insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. Au vu du parcours professionnel de l'intéressé et après une recherche systématique et minutieuse de symptômes, les critères pour retenir la présence d'un syndrome d'état de stress post-traumatique n'étaient pas réunis. De même, la symptomatologie dépressive était insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. L'existence d'une dyssomnie (F 51.8) - diagnostiquée par l'expert psychiatre -, soit un trouble du sommeil, remontait à plusieurs années et n'avait pas de lien avec une psychopathologie floride ; elle faisait l'objet d'une prise en charge sous la forme d'un programme de rééducation spécialisée avec constitution d'un agenda du sommeil. L'expert a écarté un syndrome douloureux somatoforme persistant, les critères diagnostics n'étant pas réalisés. Pour le reste, il n'y avait pas de troubles cognitifs ni signe objectif de fatigue même s'il existait un certain sentiment de détresse expliqué par les processus physiologiques ; il n'y avait pas d'organisation pathologique de la personnalité ; l'assuré avait une bonne perception de soi et des autres et, quand bien même il avait vécu des moments professionnels difficiles, il avait fait preuve de résilience. Selon l'expert, la poursuite du traitement psychiatrique-psychothérapeutique se justifiait dans la mesure où il s'agissait de valoriser les compétences de l'assuré, de le confronter au caractère subjectif de certaines de ses plaintes psychiques ainsi qu'à la non-observance du traitement antidépresseur, lequel était toutefois sans indication formelle. Même s'il existait des divergences entre les symptômes décrits et les résultats de l'examen clinique, il ne pouvait valider ni l'appréciation diagnostique (*un état de stress post-traumatique sévère tendant vers une modification durable de la personnalité*) ni

l'appréciation de la capacité de travail du psychiatre traitant (cf. rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 29 avril 2020). De plus, son analyse était en cohérence avec l'évaluation des troubles du sommeil. En conséquence, le Dr D. \_\_\_\_\_ a jugé qu'en l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques, il n'y avait pas de diminution de rendement et que la capacité de travail était entière.

**d)** Dans leur appréciation consensuelle, les experts ont relevé qu'il n'existait pas de grande incohérence, si ce n'était l'angoisse d'une mort subite et la poursuite du tabac. Par ailleurs, le recourant n'avait pas effectué de séances de physiothérapie alors même qu'il prétendait qu'elles étaient de nature à soulager efficacement ses douleurs. Quant aux ressources, l'assuré était capable de communiquer et, même s'il manquait un peu de flexibilité psychique, de respecter un cadre, de s'adapter et de s'organiser ; rationnel et endurant, il disposait également de capacités relationnelles.

**e)** Cela étant, rien au dossier ne permet de retenir que le recourant ne serait pas objectivement en mesure, pour des motifs psychiques ou somatiques, d'exercer une activité lucrative. Ainsi, les avis exprimés au cours de la procédure en date des 29 avril 2020 (par courrier) et le 26 avril 2021 (dans le cadre d'un entretien téléphonique) par le Dr B. \_\_\_\_\_ ne sont pas suffisamment étayés - en particulier sur le plan clinique - pour jeter le doute sur les conclusions prises par les experts. Il ne fait en effet pas état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par les experts du Centre d'expertises V. \_\_\_\_\_ ou qui justifieraient de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée. On relèvera encore que le Dr B. \_\_\_\_\_ ne s'est pas exprimé sur la teneur du rapport d'expertise pluridisciplinaire ni n'a communiqué aucun constat clinique qui n'aurait pas été analysé par le Centre d'expertises V. \_\_\_\_\_.

**f)** Sur le vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a suivi l'opinion exprimée par les experts du Centre d'expertises V. \_\_\_\_\_ le 7 janvier 2021 et retenu que le recourant disposait depuis toujours d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**5.** Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. Un complément d’instruction apparaît ainsi inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant dans son écriture du 16 août 2021 – soit la réalisation d’une expertise judiciaire psychiatrique – doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l’instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d’une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu’elles ne pourraient pas l’amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

**6.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**7. a)** 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 partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

**b)** Il n’y a pas lieu d’allouer de dépens à la partie recourante, qui n’obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 13 avril 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 mis à la charge de K.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- M. K. \_\_\_\_\_,
- 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 :