

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 avril 2022

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
M. Oppikofer et Mme Pelletier, assesseurs  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

L. \_\_\_\_\_, à F. \_\_\_\_\_, recourant, représenté par S. \_\_\_\_\_, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 LPGA et 87 al. 2 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Par demande du 4 avril 2012, L.\_\_\_\_\_, né en 1962, (ci-après : l'assuré ou le recourant) exerçant l'activité d'agent de mouvement auprès des S.\_\_\_\_\_, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en invoquant une atteinte à la santé de nature oncologique existant depuis le 16 novembre 2011. Par décision du 25 novembre 2013, l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité temporaire pour la période allant du 1<sup>er</sup> décembre 2012 au 28 février 2013.

Le 25 septembre 2014, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité en invoquant une atteinte cardiaque et un état dépressif faisant suite à une collision de trains dont il avait été le témoin le 29 juillet 2013. Il ressort notamment du rapport du 20 octobre 2014 du médecin traitant de l'assuré, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, que son patient présentait un trouble dépressif récurrent (F10.1) depuis 20 ans, un status après lobectomie inférieure droite en 2012 et un status après résection d'un anévrisme de l'aorte ascendante en mai 2014. L'assuré avait été hospitalisé le 28 avril 2014 à la suite d'un tentamen dans le contexte d'une séparation. Le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 15 avril 2015 précisait notamment que l'assuré présentait un épisode dépressif majeur qui l'empêchait de travailler en toute activité depuis le 8 avril 2014 et qu'il était suivi par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 13 mai 2015 posait comme diagnostics un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et une dépendance à l'alcool (abstinent depuis octobre 2014) existant depuis plusieurs années. Le psychiatre exposait que la prise en charge psychiatrique intégrée mise en place comprenait une psychothérapie et un traitement psychopharmacologique ; si elle montrait un bénéfice net sur le potentiel suicidaire, elle demeurait mitigée sur l'humeur et les troubles cognitifs (troubles de l'attention, de la concentration, difficulté d'organisation et de compréhension, lenteur). Son pronostic était

défavorable dans l'activité actuelle d'aiguilleur de train et très réservé pour toute autre activité au regard des troubles cognitifs d'origine mixte dépressive et alcoolique. En raison de ces troubles, l'arrêt de travail était certifié jusqu'à la fin du mois de septembre 2015.

Dans son avis médical du 1<sup>er</sup> juin 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_ du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), après avoir notamment rappelé l'ensemble des atteintes à la santé présentées par l'assuré, relevait que l'employeur ne voulait pas le reprendre dans son ancienne fonction, probablement en raison de son problème d'alcoolisme avéré, incompatible avec sa fonction de régulateur de trafic. Soulignant que le psychiatre traitant avait d'ores et déjà fait un certificat d'incapacité totale de travail jusqu'au mois de septembre 2015 et indiqué que la priorité était l'attribution d'une rente entière d'invalidité, le Dr K. \_\_\_\_\_ préconisait la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et de médecine interne.

Après que l'OAI a écarté un rapport d'expertise jugé non concluant sur le plan psychique, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès des I. \_\_\_\_\_ (ci-après : I. \_\_\_\_\_), a rendu son rapport le 9 mai 2016. Il a retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- Un épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2/F33.11), actuellement en rémission partielle, avec des limitations fonctionnelles significatives dans le passé (troubles de la concentration, ralentissement psychomoteur sévère, isolement social, aboulie), mais actuellement avec des limitations fonctionnelles moindres (isolement social partiel, sans troubles de la concentration significatifs objectivables, ralentissement psychomoteur modéré). La symptomatologie dépressive était alors moyenne avec syndrome somatique.
- Des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F10.26). Il

s'agissait d'une dépendance primaire qui avait précédé et favorisé l'éclosion des épisodes dépressifs.

Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert retenait un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline, actuellement non décompensé (F60.1), et des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56). Dans ses conclusions, l'expert exposait que la capacité de travail dans l'ancien emploi d'aiguilleur était nulle depuis 2014, en raison de la dépendance éthylique et du trouble de la personnalité émotionnellement labile qui représentaient des facteurs de risque trop grands pour un emploi à très haute responsabilité. Il soulignait qu'au moment de l'expertise, l'assuré gardait de bonnes capacités et ressources personnelles, car il arrivait à travailler à 50 % dans l'activité d'agent d'entretien que lui avait offert son employeur, parvenait à conduire sa voiture, à lire, à regarder la télévision, à voir ses amis, à aider son frère, à faire des courses, préparer les repas et faire l'ensemble des tâches ménagères légères, activités qui n'étaient pas possibles dans le passé selon l'anamnèse. L'expert relevait également que la poursuite du traitement psychothérapeutique spécifique, idéalement hebdomadaire, ciblant le trouble de la personnalité émotionnellement labile et surtout un sevrage éthylique, était exigible avec le dosage mensuel des CDT, GGT et VGM. En conclusion, l'expert a retenu, pour la période d'août 2014 à mars 2015, une incapacité de travail de 50 % d'un point de vue clinique, en raison d'épisodes dépressifs moyens et des décompensations du trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline avec dépendance éthylique primaire, utilisation continue, suivie d'une période de sevrage. Selon l'expert, si l'assuré disposait depuis lors d'une capacité de travail clinique de 50 % dans une activité correspondant à ses aptitudes d'un point de vue médico-théorique, il estimait que si un sevrage éthylique avait été mis en place (ou serait mis en place), la capacité de travail aurait pu être (ou pourrait être) de 100 %, avec une probabilité de 80 % dans les six mois suivants.

Dans un avis SMR du 26 mai 2016, après avoir résumé les éléments médicaux au dossier et les conclusions de l'expertise du Dr

B.\_\_\_\_\_, la Dre C.\_\_\_\_\_ a conclu que, sur le plan de la capacité de travail, compte tenu de tous les éléments au dossier ainsi que de l'incapacité de travail initiale totale à la suite de l'intervention chirurgicale sur l'aorte, une incapacité totale de travail était médicalement justifiée depuis le 15 mai 2014. A partir de fin août 2014, cette incapacité de travail totale était justifiée par les troubles psychiques de l'assuré. Compte tenu de la nature de l'atteinte ainsi que des limitations fonctionnelles qui en découlaient (notamment ralentissement psycho-moteur), il convenait d'admettre qu'une activité d'aiguilleur auprès des S.\_\_\_\_\_ n'était plus exigible. A partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015, l'assuré devait être considéré comme apte, à 50 %, à une réadaptation dans une activité adaptée, moins contraignante psychiquement. Au surplus, étant donné le pronostic favorable de récupération d'une pleine capacité de travail après adaptation des mesures thérapeutiques et de sevrage à l'alcool dans un délai de six à douze mois, la Dre C.\_\_\_\_\_ a considéré que de telles mesures étaient exigibles au sens de l'art 21 al. 4 LPGA et qu'une copie du rapport d'expertise devait être remise au psychiatre traitant après l'accord de l'assuré.

Le 20 juin 2016, l'assuré a été engagé par S.\_\_\_\_\_ comme nettoyeur technique à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016 à un taux de 50 % pour une durée indéterminée (dit contrat remplaçant le précédent).

Par courrier du 8 décembre 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité à la condition qu'il s'engage à suivre un traitement médical centré sur la dépendance éthylique. Le 16 décembre 2016, l'assuré a répondu favorablement et a autorisé l'OAI à transmettre à son psychiatre traitant le rapport d'expertise.

Par décision du 7 juin 2017, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité temporaire du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 31 juillet 2016. A compter du 1<sup>er</sup> août 2016, il a été mis au bénéfice de trois-quarts de rente d'invalidité.

Sur le questionnaire en vue de la révision de la rente du 9 octobre 2017, l'assuré a notamment indiqué qu'il était suivi par son psychiatre traitant à raison de deux séances mensuelles, qu'il avait été mis en incapacité totale de travail du 8 au 28 mai 2017 par dit psychiatre à la suite du suicide de son frère, qu'il estimait son sommeil, sa mémoire, sa concentration et sa résistance physique globalement insatisfaisants, qu'il souhaitait reprendre son activité d'agent de circulation et qu'il prenait plaisir à se balader avec son fils, à jouer au football et à faire un peu de vélo.

Sur le questionnaire en relation avec la révision de la rente axée sur la réadaptation, le Dr X. \_\_\_\_\_ a notamment indiqué, en date du 25 octobre 2017, qu'une augmentation de la capacité de travail de l'assuré n'était pas exigible, celui-ci ne disposant plus suffisamment des ressources psychiques pour tenter une telle augmentation sans risque de rechute ou de réaction impulsive auto-dommageable. Il a par ailleurs relevé que son patient ne disposait plus des ressources suffisantes pour faire face au stress au vu de la somme de ses comorbidités psychiatriques. Il a fait état d'une consommation d'alcool avouée et décrite comme contrôlée en relevant que les tests hépatiques demeuraient dans la norme. Son pronostic était favorable si la capacité de travail à 50 % dans l'activité actuelle était maintenue.

Dans un avis SMR du 6 février 2018, la Dre R. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'au vu des indications du psychiatre et du médecin traitants de l'assuré, la situation paraissait s'être stabilisée psychiquement mais que compte tenu de la situation globale, une augmentation de la capacité de travail n'était pas recommandée et qu'elle ne prévoyait pas de révision de la rente. Une communication en ce sens a été envoyée à l'assuré le 15 février 2018.

Le 27 avril 2021, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en faisant valoir qu'il était en incapacité totale de travail depuis le mois de novembre 2020 en raison d'un psoriasis arthropathique et d'une rechute de son état dépressif.

Par courrier du 29 avril 2021, l'OAI a informé l'assuré que sa nouvelle demande de prestations ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Après lui avoir expliqué que dans ce type particulier de procédure il appartenait à l'assuré de fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, l'OAI l'a invité à produire, dans un délai de trente jours, à ses frais, un rapport médical précisant le diagnostic, la description de l'aggravation de son état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était intervenue, le nouveau degré d'incapacité de travail ainsi que le pronostic et d'autres renseignements utiles.

Par projet de décision du 10 juin 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'entrait pas en matière sur sa nouvelle demande de prestations, faute pour l'intéressé d'avoir fourni, comme il lui avait été demandé, les documents adéquats rendant plausible que sa situation s'était modifiée.

Le 21 juin 2021, le Dr X.\_\_\_\_\_ a produit un rapport médical dont il ressort notamment ce qui suit (sic) :

« [...]

Au bénéfice d'un trois-quarts de rente depuis 2016, il travaille toujours au S.\_\_\_\_\_ comme agent d'entretien à 50%. Il vit seul et continue à consommer l'alcool régulièrement sans s'en cacher tout en revendiquant une consommation contrôlée. Aussi, une instabilité est constatée dans le domaine sentimental.

Monsieur L.\_\_\_\_\_ a dû faire face à deux suicides dans sa fratrie. Un premier frère s'est suicidé début mai 2017 et le second début novembre 2017. Courant 2020, il a perdu à cause d'un cancer une de ses sœurs.

La prise en charge psychiatrique intégrée mise en place pour stabiliser son humeur, baisser sa tendance impulsive ainsi que sa sensibilité accrue au stress, montre ses limites depuis plusieurs mois.

Plusieurs arrêts maladie ont dû être attestés depuis deux ans.

Le pronostic pour la poursuite de son activité d'agent d'entretien avec un rendement optimal paraît définitivement compromis au regard de la clinique psychopathologique de ces derniers mois.

Au vu de ce qui précède, une reconnaissance d'une invalidité à 100% doit être admise. »

Le rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ a été soumis à la permanence du SMR, qui, en date du 8 juillet 2021, a indiqué que dit rapport n'apportait aucun élément médical nouveau objectivant une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision.

Par décision du 24 août 2021, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré en exposant n'avoir reçu aucun élément lui permettant de revoir sa position. La lettre de motivation accompagnant la décision du 24 août 2021 relève que le rapport médical du 16 juin 2021 ne met pas en avant d'éléments nouveaux objectivant une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis sa dernière décision.

**B.** Par acte de son mandataire, S. \_\_\_\_\_ à Lausanne, du 27 septembre 2021, L. \_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision de non entrée en matière rendue par l'OAI le 24 août 2021 en concluant à sa réforme en ce sens que l'intimé doit entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Il fait valoir que, dans son rapport du 11 juin 2021, produit à la demande de l'OAI, le Dr X. \_\_\_\_\_ a expliqué de manière exhaustive et compréhensible l'aggravation de son état psychique et clairement justifié son incapacité à exercer l'activité de nettoyeur technique. Le recourant estime qu'il n'est pas « défendable » que l'OAI rende une décision sans procédure approfondie en s'écartant de l'évaluation de son psychiatre traitant, contrairement à ce qu'il avait fait lors de la procédure qui avait abouti à l'octroi d'une rente en 2017. Par ailleurs, le recourant fait état d'importantes crises de psoriasis depuis novembre 2020 qui ont engendré une incapacité de travail, comme l'atteste notamment le certificat médical du 17 août 2021 du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en dermatologie, produit en annexe. Le recourant semble en outre soutenir que, la dernière évaluation de son état de santé ayant été faite en 2016, les exigences concernant la vraisemblance de ses allégations à cet égard doivent être moins sévères au regard de la

jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. TF 8C-57/2021 du 8 juillet 2021, consid. 4.2). Enfin, faisant valoir qu'au vu de son état de santé, les rapports de travail ne pourront être poursuivis et qu'au demeurant il approche des 60 ans, le recourant estime qu'il y lieu de déterminer s'il dispose encore d'une éventuelle capacité de gain résiduelle.

Par réponse du 7 décembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours en se fondant sur l'avis du SMR du 8 juillet 2021 concernant la pièce médicale produite en procédure d'audition. Il rappelle que, lorsqu'une nouvelle demande est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits, ce que le recourant n'a pas fait en l'espèce et qu'en cas de litige, le juge des assurances 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 ».

Par écriture du 23 décembre 2021, le recourant a indiqué renoncer à déposer des explications complémentaires, confirmer ses conclusions et s'en remettre intégralement à l'acte de recours du 27 septembre 2021 et à ses annexes.

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

**1.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; RS 831.20] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse, rendue le 24 août 2021, (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**2. 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 dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). 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.

**3.** Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 27 avril 2021, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu plausible, eu égard à la pièce produite devant l'intimé en procédure d'audition, une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations.

**4. a)** 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 (art. 17 LPGA).

**b)** Lorsqu'un assuré dépose une demande de révision, il doit établir de façon plausible que son invalidité s'est aggravée de manière à modifier son droit aux prestations (art. 87 al. 2 RAI dans sa version en vigueur au 31 décembre 2021 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.021]). Cette exigence doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen des demandes de

révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments que précédemment 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).

**c)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, 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).

Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

**5.** En l'espèce, sur le plan psychiatrique, le seul rapport produit durant la procédure d'audition, à savoir celui établi le 11 juin 2021 par le psychiatre traitant du recourant, n'établit pas de manière plausible et objective une aggravation de l'état de santé du recourant. Le psychiatre se contente de l'affirmer, sans expliquer comment elle se manifesterait, et de déclarer que le traitement mis en place a montré ses limites. Or, là non plus le psychiatre n'explique pas en quoi dit traitement aurait montré ses limites, étant rappelé qu'un traitement psychiatrique s'adapte. A cet égard, il est utile de relever que l'expert Dr B. \_\_\_\_\_ avait préconisé à l'époque un traitement hebdomadaire alors qu'il ressort des pièces du dossier que celui suivi par le recourant est bimensuel. Enfin, il convient de

souligner que, contrairement à ce que soutient le recourant, l'intimé ne s'est pas fondé sur les rapports médicaux de son psychiatre traitant pour lui allouer un trois-quarts de rente dès août 2016 mais sur les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr B.\_\_\_\_\_.

Sur le plan somatique, la Cour de céans ne saurait tenir compte de la pièce produite en procédure de recours seulement, étant relevé au demeurant qu'il s'agit d'un simple certificat d'arrêt de travail d'assez brève durée émanant d'un dermatologue. En tout état de cause, on ne saurait déduire de cette pièce que le recourant aurait rendu plausible qu'il présente une nouvelle atteinte à sa santé, à savoir un psoriasis arthropathique, qui l'empêcherait d'exercer son activité d'agent d'entretien et entraînerait une modification du degré d'invalidité.

En conclusion, compte tenu de la seule pièce produite par le recourant devant l'intimé, laquelle n'est pas pertinente pour rendre plausible une modification du degré d'invalidité pouvant influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, l'OAI était légitimé à ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Celui-ci garde toutefois la possibilité de déposer une nouvelle demande en l'accompagnant des pièces rendant plausible une modification de son invalidité pouvant influencer son droit à des prestations.

**6. a)** Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse 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 partie recourante, qui succombe.

Le recourant n'obtenant pas gain de cause et n'étant au demeurant pas représenté par un mandataire professionnel, il ne peut pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 24 août 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, par 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du recourant L.\_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- S.\_\_\_\_\_, Case management, à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :