

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mai 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

F. _____, à [...],

Q. _____, à [...],

P. _____, à [...],

recourantes, représentées par Me Philippe Ducor, avocat à Genève,

et

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE DU CANTON DE VAUD, à Lausanne, intimé.

Art. 26 LPGA ; art. 41 al. 1bis, 49a LAMal

E n f a i t :

A. Les sociétés F._____, Q._____ et P._____ (ci-après : les cliniques ou les recourantes) exploitent des établissements hospitaliers privés dans le canton de Genève. Ces établissements ne figurent pas sur la liste cantonale vaudoise des hôpitaux admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Ils figurent en revanche sur la liste cantonale genevoise établie par un arrêté du 23 novembre 2011 du Conseil d'Etat du canton de Genève. Cet arrêté, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012, a été complété par un arrêté adopté par le Conseil d'Etat le 10 avril 2013, entré en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2013. Pour la période courant dès cette date, les deux arrêtés prévoient des mandats de prestations pour les établissements exploités par les cliniques. Ces mandats sont limités en pôles d'activités et en volume (« volume annuel maximum de prestations »).

Les cliniques ont demandé la prise en charge, par le canton de Vaud, d'une participation aux frais d'hospitalisation, dans leurs établissements, de patients domiciliés dans le canton de Vaud. A cet effet, elles ont adressé une série de factures au Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud (ci-après : DSAS ou l'intimé). Par trois décisions séparées du 18 février 2014, celui-ci a refusé de prendre en charge la part cantonale des frais d'hospitalisation au motif que les factures portaient sur des hospitalisations qui n'entraient pas dans les mandats de prestations définis par le canton de Genève pour les cliniques. En substance, ces dernières avaient déjà utilisé, pour des patients domiciliés dans le canton de Genève, l'intégralité du volume annuel maximum de prestations qui leur était alloué par ces mandats.

Les cliniques ont chacune recouru contre le refus de prester les concernant, en concluant à la condamnation de l'Etat de Vaud à leur verser les montants facturés, soit un montant de 374'653 fr. 95 pour F._____, avec intérêt à 5 % l'an dès le 10 octobre 2013, un montant de 1'009'586 fr. 10 pour Q._____, avec intérêts à 5 % l'an à compter du 21

mars 2014, et un montant de 244'887 fr. 05, avec intérêt à 5 % l'an dès le 10 octobre 2013 pour P._____. Les recourantes ont pris d'autres conclusions tendant à la condamnation de l'Etat de Vaud au paiement des factures qu'elles lui adresseraient à l'avenir pour des patients domiciliés sur son territoire, ainsi qu'à la constatation de leur droit de facturer des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins pour les prestations fournies à des patients domiciliés dans le canton de Vaud, sans égard au volume annuel maximum que les mandats de prestations genevois leur attribuaient.

Le 14 juillet 2015, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a joint les causes et a déclaré irrecevables les conclusions en constatation de droit ainsi que les conclusions condamnatoires portant sur des factures sur lesquelles le DSAS n'avait pas statué. Elle a déclaré recevables les conclusions portant sur les factures produites devant le DSAS et figurant sur la liste annexée à la décision litigieuse. Sur le fond, la Cour des assurances sociales a confirmé que les limitations quantitatives fixées par les autorités genevoises pour les recourantes étaient en principe également valables en cas d'hospitalisations dans leurs établissements de patients domiciliés dans le canton de Vaud. Elle a toutefois considéré que les recourantes avaient le droit d'obtenir le paiement de la part cantonale des frais d'hospitalisation, par le canton de Vaud, pour tous les patients dont l'hospitalisation avait débuté jusqu'au 10 septembre 2013 (droit à la protection de la bonne foi à la suite d'un changement de pratique de l'Etat de Vaud). La Cour des assurances sociales a donc renvoyé la cause à l'intimé pour qu'il statue sur les factures à prendre en charge compte tenu de ce qui précède. Cas échéant, l'Etat de Vaud était également invité à acquitter la part cantonale des frais d'hospitalisation de patients domiciliés dans le canton de Vaud et hospitalisés postérieurement au 10 septembre 2013, jusqu'à épuisement des mandats de prestations genevois, dans l'hypothèse où ceux-ci n'auraient pas encore été épuisés à cette date (Casso, arrêt du 14 juillet 2015, AM 15/14, 16/14, 17/14 - 27/2015).

Par arrêt du 15 octobre 2015 dans la cause 9C_680/2015, le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours interjeté par les cliniques contre ce jugement de renvoi, au motif qu'il s'agissait d'un jugement incident et que les conditions de recours contre un tel jugement n'étaient pas remplies.

B. Le DSAS a invité les cliniques à lui adresser les factures encore en suspens concernant la part cantonale aux frais d'hospitalisation de patients résidant dans le canton de Vaud et dont le séjour hospitalier avait débuté jusqu'au 10 septembre 2013. Les cliniques ont produit les factures requises, portant sur un montant de 193'180 fr. 30 pour F._____, 935'104 fr. 15 pour Q._____, et 110'009 fr. 45 pour P._____.

Par trois décisions séparées du 14 janvier 2016, le DSAS a admis devoir s'acquitter, sans intérêts, des factures produites par les cliniques, relatives à l'hospitalisation des patients domiciliés dans le canton de Vaud et dont le séjour hospitalier avait débuté jusqu'au 10 septembre 2013. Il a par ailleurs maintenu son refus de prendre en charge la part cantonale des frais d'hospitalisation de patients dont le séjour hospitalier avait débuté postérieurement au 10 septembre 2013. Il a notamment constaté que le volume maximal de prestations attribué aux cliniques par les autorités du canton de Genève était épuisé à cette date.

Le 21 janvier 2016, le DSAS a retourné à F._____ une facture de 5'870 fr. 20 qu'elle avait produite, pour une hospitalisation débutée avant le 10 septembre 2013, mais pour une patiente qui n'était pas domiciliée dans le canton de Vaud.

Les cliniques ont interjeté chacune un recours de droit administratif contre ces décisions. Elles ont conclu au paiement, par l'Etat de Vaud, d'un montant de 181'473 fr. 65, avec intérêt à 5 % l'an dès le 21 mars 2014 pour F._____, d'un montant de 101'147 fr. 12, avec intérêts à 5 % l'an dès le 21 mars 2014 pour Q._____, et d'un montant de 137'877 fr. 60, avec intérêt à 5 % l'an dès le 21 mars 2014, pour P._____. Ces montants correspondaient, en substance, à la part

cantonale des frais d'hospitalisation de patients domiciliés dans le canton de Vaud et que l'Etat de Vaud refusait de prendre en charge au motif que l'hospitalisation avait débuté postérieurement au 10 septembre 2013, d'une part, et que le volume maximal de prestations attribué aux cliniques par les autorités genevoises était épuisé, d'autre part.

Les cliniques ont également conclu à ce que soit constaté, de manière plus générale, leur droit de facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et de percevoir la part cantonale de financement des prestations stationnaires pour les patients résidant dans le canton de Vaud indépendamment du volume maximal de prestations attribué par les mandats de prestations genevois.

Parallèlement aux recours interjetés devant la Cour des assurances sociales, les cliniques ont également interjeté des recours en matière de droit public contre les décisions du 21 janvier 2016 du DSAS, directement devant le Tribunal fédéral.

Par arrêt du 7 juin 2016, la Cour des assurances sociales a joint les causes dont elle était saisie à la suite des recours contre les décisions du 21 janvier 2016 du DSAS. Elle a rejeté les recours dans la mesure où ils étaient recevables. Elle a notamment considéré que les conclusions constatatoires des recourantes n'étaient pas recevables. Par ailleurs, la question du paiement de la part cantonale pour les frais d'hospitalisations ayant débuté jusqu'au 10 septembre 2013 n'était plus litigieuse, l'intimé ayant finalement accepté de prendre en charge cette part pour les factures produites par les recourantes. Le refus de prendre en charge une facture de 5'870 fr. 20 de F._____, pour une patiente non domiciliée dans le canton de Vaud, n'était pas davantage litigieux. L'objet du litige portait donc uniquement sur le paiement de la part cantonale pour des frais d'hospitalisation en raison de séjours dans les cliniques ayant débuté postérieurement au 10 septembre 2013. Sur ce point, la Cour des assurances sociales a rejeté les conclusions des recourantes (Casso, arrêt du 7 juin 2016, AM 8/16, 9/16, 10/16 - 28/2016).

Les cliniques ont interjeté un recours en matière de droit public contre cet arrêt, devant le Tribunal fédéral.

Par arrêt du 27 janvier 2017, le Tribunal fédéral a joint les causes 9C_151/2016, 9C_153/2016, 9C_155/2016 et 9C_507/2016, ouvertes à la suite des recours interjetés par les cliniques contre les décisions du 21 janvier 2016 du DSAS et contre l'arrêt du 7 juin 2016 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois. Il a déclaré sans objet les recours interjetés directement contre les décisions du DSAS du 21 janvier 2016. Il a admis le recours contre l'arrêt du 7 juin 2016 de la Cour des assurances sociales, dans la mesure où il était recevable, a annulé cet arrêt et renvoyé la cause à la Cour des assurances sociales pour qu'elle statue à nouveau conformément aux considérants. En substance, le Tribunal fédéral a considéré que l'Etat de Vaud devait prendre en charge les frais d'hospitalisation de patients domiciliés dans le canton de Vaud indépendamment du volume maximal de prestations fixé par les mandats de prestations délivrés par les autorités genevoises. Il appartenait à la Cour des assurances sociales d'examiner les factures produites par les recourantes et de déterminer, par un nouvel arrêt, les montants que l'Etat de Vaud était tenu de rembourser.

C. La Cour des assurances sociales a invité les parties à se déterminer à la suite de l'arrêt du 27 janvier 2017 du Tribunal fédéral.

Le 6 mars 2017, les cliniques ont conclu au paiement, par l'Etat de Vaud, d'un montant de 207'333 fr. 65 à F._____. Ce montant correspond, selon les recourantes, à un capital de 181'473 fr. 65, plus intérêt à 5 % l'an dès le 21 mars 2014. Les cliniques ont également conclu au paiement, par l'Etat de Vaud, d'un montant de 115'560 fr. 60 à Q._____ (montant en capital de 101'147 fr. 12, plus intérêt à 5 % l'an dès le 21 mars 2014). Elles ont conclu, enfin, au paiement par l'Etat de Vaud d'un montant de 154'097 fr. 65 à P._____ (montant en capital de 134'877 fr. 60, plus intérêt à 5 % l'an dès le 21 mars 2014). Les recourantes ont précisé que les montants exigés correspondaient à des frais d'hospitalisation de patients domiciliés dans le canton de Vaud, pour

la période du 11 septembre 2013 au 21 mars 2014, pour lesquelles des factures avaient été produites et n'avaient pas été acquittées par l'Etat de Vaud. D'autres factures devraient encore être produites ultérieurement, qui n'étaient pas prescrites, aussi bien pour la période antérieure au 21 mars 2014 que pour la période postérieure.

Le 8 mars 2017, l'intimé a informé le tribunal que « les montants réclamés par les trois cliniques dans leurs recours au Tribunal cantonal, puis au Tribunal fédéral [...], ser[ai]ent réglés après pointage des factures correspondantes selon les pratiques en usage au sein du SSP [Service de la santé publique] ». Ces factures couvraient la période du 10 septembre 2013 au 21 mars 2014 et seraient payées sans intérêts. Elles représentaient, pour chaque clinique, « les sommes totales maximales suivantes :

- F. _____ : Fr. 181'473.65
- Q. _____ : Fr. 101'147.12 et
- P. _____ : Fr. 134'877.60 ».

Le 9 mars 2017, le tribunal a communiqué à chacune des parties la détermination de la partie adverse. Constatant qu'à ce stade, l'intimé ne soulevait aucun motif de refus des factures présentées, le principe d'une prise en charge étant admis, il lui a imparti un délai échéant le 6 avril 2017 pour procéder au pointage des factures «selon les pratiques en usage au sein du SSP» et pour indiquer, cas échéant, quelle facture était contestée, pour quel montant et pour quels motifs. L'intimé était également invité à préciser quels montants il acceptait de payer, pour chacune des recourantes, après déduction des factures litigieuses.

Le 19 avril 2017, le tribunal a constaté qu'aucune partie n'avait déposé de nouvelle détermination et que sauf nouvelle réquisition dans un délai échéant le 3 mai 2017, il mettrait un terme à l'instruction et statuerait.

Les parties n'ont pas déposé de nouvelle détermination ni de nouvelle réquisition.

E n d r o i t :

1. Le litige porte sur le droit des recourantes au paiement, par l'Etat de Vaud, de la part cantonale des frais d'hospitalisation de patients domiciliés dans le canton de Vaud, pour la période postérieure au 10 septembre 2013, pour les factures produites devant l'intimé. Il porte également sur le droit au paiement d'un intérêt de 5 % l'an, dès le 21 mars 2014, sur les montants en capital éventuellement dus par l'Etat de Vaud.

La question du paiement de factures non encore produites, pour la période antérieure au 21 mars 2014 comme pour la période postérieure à cette date, ne fait pas partie de l'objet de la contestation à propos duquel l'intimé a statué et ne peut donc pas faire l'objet d'un recours devant la Cour des assurances sociales. Il appartiendra à l'intimé de statuer sur la prise en charge de ces factures, lorsqu'elles auront été produites.

Le Tribunal fédéral a déclaré irrecevables les conclusions constatatoires des recourantes, comme l'avait précédemment fait la Cour des assurances sociales dans son arrêt du 7 juin 2016. Il n'y a pas lieu de statuer à nouveau sur ces conclusions, qui n'ont au demeurant pas été renouvelées par les recourantes dans leur dernière détermination.

2. Saisie d'un recours conformément aux art. 92 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal constate les faits et applique le droit d'office (art. 28 et 41 LPA-VD). Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties des collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions (art. 30 al. 1, 79 al. 1 et 81 al. 2 LPA-VD). Le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 89 al. 1 LPA-VD).

3. a) Il résulte de l'arrêt du 27 janvier 2017 du Tribunal fédéral que l'intimé ne peut refuser le paiement de la part cantonale des frais d'hospitalisation, au sens de l'art. 41 al. 1bis et 49a LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 835.10), au motif que le volume maximal de prestations attribué par les mandats de prestations des autorités cantonales genevoises serait épuisé.

b) A la suite de l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 7 juin 2016, l'intimé a acquitté une partie des factures initialement litigieuses, correspondant aux hospitalisations ayant débuté jusqu'au 10 septembre 2013. Par ailleurs, l'intimé ne conteste pas que la part cantonale des frais d'hospitalisation restant à payer, pour les séjours hospitaliers ayant débuté postérieurement au 10 septembre 2013, correspond à un montant de 181'473 fr. 65 pour F._____, de 101'147 fr. 12 pour Q._____, et de 134'877 fr. 60 pour P._____. Ces montants correspondent à ceux exigés initialement par les recourantes, après déduction des factures admises par l'intimé dans ses décisions du 14 janvier 2016. En l'absence de toute contestation sur ce point par l'intimé et de tout indice contraire au dossier, il convient de constater que les montants demandés par les recourantes correspondent bien aux factures produites devant l'intimé, pour la part cantonale des frais d'hospitalisation de patients domiciliés dans le canton de Vaud, non encore acquittée par l'Etat de Vaud, pour des prestations dans l'un des pôles d'activités attribués par les mandats de prestations genevois. Partant, il convient de condamner l'Etat de Vaud au paiement d'un montant en capital de 181'473 fr. 65 à F._____, de 101'147 fr. 12 à Q._____, et de 134'877 fr. 60 à P._____.

4. a) Les recourantes demandent le paiement d'un intérêt moratoire de 5 % l'an sur les montants en capital dus par l'Etat de Vaud. Ce dernier conteste devoir cet intérêt. Aucune des parties ne motive son point de vue.

b) L'art. 26 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) prévoit que les

créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires et les créances échues en restitution de cotisations indûment versées sont soumises au versement d'intérêts rémunérateurs (al. 1). Des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt 12 mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit (al. 2). Cette disposition n'est pas applicable en l'espèce, puisque la créance principale litigieuse, fondée sur l'art. 49a LAMal, n'est pas régie par la LPGa (art. 1 al. 2 let. b LAMal, qui exclut l'application de la LPGa pour les questions relevant des art. 43 à 55 LAMal ; cf. également Casso, arrêt du 14 juillet 2015, AM 15/14, 16/14, 17/14 - 27/2015, consid. 2d). Au demeurant, la participation cantonale aux frais d'hospitalisation ne constitue ni une créance de cotisations, ni une créance de prestations au sens de l'art. 26 al. 1 et 2 LAMal.

c) Selon un principe général non écrit, les créances de droit public donnent lieu à un intérêt moratoire si la loi ne prévoit pas le contraire (ATF 143 II 37 consid. 5.2.1; ATF 101 Ib252 consid. 4d ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, Les actes administratifs et leur contrôle, 3^{ème} éd., Berne 2011, p. 85 sv. ; Häfelin/Müller/Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7^{ème} éd., Zurich, St-Gall 2016, n° 156 p. 34). Un intérêt moratoire de 5 % l'an est en principe applicable en cas de demeure du débiteur (art. 104 al. 1 CO ; cf. ATF 143 II 37 consid. 7.3).

Dans le domaine du droit des assurances sociales, la jurisprudence antérieure à l'entrée en vigueur de LPGa refusait d'appliquer ce principe général, considérant que le législateur avait délibérément renoncé (silence qualifié) à un intérêt moratoire. Il s'agissait en effet d'éviter que l'administration soit dissuadée d'entreprendre des mesures d'instruction nécessaires relatives aux droits à des prestations - ces mesures pouvant parfois être longues - pour éviter de retarder sa décision et, par conséquent, pour éviter le paiement d'intérêts moratoires. Par souci d'égalité de traitement, l'assuré en demeure devait également être dispensé du paiement d'intérêts moratoires (ATF 108 V 13 consid. 2a). Après l'entrée en vigueur de la LPGa, le Tribunal fédéral a considéré

que l'introduction, à l'art. 26 al. 1 et 2 LPGA, d'une disposition relative aux intérêts moratoires ne pouvait être interprétée comme la volonté du législateur d'introduire de manière générale un intérêt moratoire en droit des assurances sociales. En ce qui concernait les honoraires des fournisseurs de prestations dans le système du tiers payant, il appartenait aux parties aux conventions tarifaires de prévoir dans la convention d'éventuels intérêts moratoires, sans quoi de tels intérêts n'étaient pas dus par les assureurs-maladie (ATF 139 V 82). Ces jurisprudences ne peuvent être transposées aux créances des fournisseurs de prestations en paiement de la participation cantonale aux frais d'hospitalisation. Cette participation ne fait en effet pas directement l'objet des négociations tarifaires entre assureurs-maladie et fournisseurs de prestations. Elle s'apparente davantage à un subventionnement cantonal qu'à une prestation d'assurance sociale et découle autant de questions de politique de la santé que du droit des assurances sociales, la LPGA n'étant d'ailleurs pas applicable. Par ailleurs, le canton, en tant qu'il assume le financement résiduel des soins hospitaliers, ne peut être assimilé ni à un assureur social, ni à un fournisseur de prestations au sens de la LAMal et de la LPGA, ni à un assuré. Contrairement à un assureur social, il n'est pas chargé de prendre des mesures d'instruction, parfois longues, pour vérifier le droit d'un assuré à des prestations d'assurances. Pour ces motifs, il convient d'appliquer aux créances principales litigieuses le régime ordinaire applicable aux créances de droit public et de condamner l'Etat de Vaud au paiement d'un intérêt moratoire de 5 % l'an dès la demeure du débiteur. En l'occurrence, en l'absence d'allégations plus précises des recourantes et eu égard à leurs conclusions, il convient de fixer la date de la demeure à celle du dépôt de la demande initiale devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, soit le 21 mars 2014.

5. Vu ce qui précède, les conclusions des recourantes sont admises en ce sens que l'Etat de Vaud sera condamné au paiement des montants demandés en capital, avec intérêt à 5 % l'an dès le 21 mars 2014. Les recourantes peuvent prétendre une indemnité de dépens pour les procédures ayant mené à l'arrêt du 7 juin 2016 (AM 8/16, 9/16, 10/16 - 28/2016) ainsi qu'au présent arrêt. Dès lors qu'elles obtiennent pour

l'essentiel gain de cause, hormis sur leurs conclusions en constatation de droit, il n'y a pas lieu de réduire cette indemnité, qui peut être fixée à 4000 fr. (TVA comprise ; cf. art. 55 al. 1 LPA-VD, art. 11 al. 2 et 3 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [RSV 173.36.5.1]). Cette indemnité tient compte du fait que les recourantes ont déjà obtenu des dépens dans les procédures AM 15/14, 16/14 et 17/14, ainsi que devant le Tribunal fédéral, en présentant une argumentation similaire dans une large mesure.

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice à la charge de l'Etat de Vaud (art. 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Les recours contre les décisions du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud du 14 janvier 2016 sont admis.

- II. La décision du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud, du 14 janvier 2016, concernant F. _____ est réformée en ce sens que l'Etat de Vaud, par le Département de la santé et de l'action sociale, versera à cette société un montant de 181'473 fr. 65 (cent huitante et un mille quatre cent septante trois francs et soixante-cinq centimes), portant intérêt à 5 % l'an dès le 21 mars 2014.

- III. La décision du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud, du 14 janvier 2016, concernant Q. _____ est réformée en ce sens que l'Etat de Vaud, par le Département de la santé et de l'action sociale, versera à cette société un montant de 101'147 fr. 12 (cent un mille cent

quarante-sept francs et douze centimes), portant intérêt à 5 % l'an dès le 21 mars 2014.

- IV.** La décision du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud, du 14 janvier 2016, concernant P._____ est réformée en ce sens que l'Etat de Vaud, par le Département de la santé et de l'action sociale, versera à cette société un montant de 134'877 fr. 60 (cent trente-quatre mille huit cent septante-sept francs et soixante centimes), portant intérêt à 5 % l'an dès le 21 mars 2014.
- V.** L'Etat de Vaud, par le Département de la santé et de l'action sociale, versera aux recourantes, solidairement entre elles, une indemnité de dépens de 4000 fr. (quatre mille francs), TVA comprise.
- VI.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Ducor (pour les recourantes),
- Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud,
- Office fédéral de la santé publique,

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 :