

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 février 2022

Composition : Mme DESSAUX, juge unique
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant,

et

X. _____, à Berne, intimée.

Art. 25 et 31 LAMal ; 17 à 19 OPAS

E n f a i t :

A. **a)**G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) était assuré auprès de la caisse d'assurance maladie X._____ (ci-après : la caisse ou l'intimée), qui fait partie de K._____, pour l'assurance-maladie obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10) jusqu'au 31 décembre 2019.

Par courrier du 28 août 2019, l'assuré a requis de la caisse la prise en charge de deux quittances établies par la pharmacie A._____ à [...], des 22 et 26 août 2019, des montants de 27 fr. 10 et respectivement de 16 fr. 15. En annexe à ce courrier, l'assuré a joint une ordonnance établie le 22 août 2019 par son médecin-dentiste traitant, le Dr Y._____, pour les deux médicaments en cause (Amoxicilline - Sandoz 750 mg XX [1 cpr 3x/jour, finir la boîte] et Irfen 600 XX [1 cpr 3x/jour maximum selon douleur]).

Les 6 et 7 septembre 2019, K._____ a envoyé à l'assuré deux décomptes de prestations, selon lesquels les coûts des médicaments objets de la demande de remboursement par la caisse étaient à la charge de l'intéressé.

Le 13 octobre 2019, l'assuré a contesté les « décisions daté[e]s » du 6 et 7 septembre 2019 et réclamé leur annulation ainsi que le remboursement des médicaments en cause par la caisse. Il expliquait que son dentiste avait agi comme médecin dès lors que le but du traitement prescrit visait à calmer l'infection et surtout empêcher qu'elle ne s'étende et enflamme d'autres régions du corps, avec la précision que ledit traitement n'apportait aucune amélioration au système de la mastication.

Après avoir accusé réception de la demande de réexamen du cas par écrit le 21 octobre 2019, la caisse s'est entretenue le même jour par téléphone avec la clinique dentaire E._____ où exerçait le Dr Y._____. Il était ressorti de cet entretien que les médicaments ayant fait

l'objet des deux quittances de pharmacie précitées avaient été prescrits en lien avec un traitement dentaire non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Le 25 novembre 2019, le Dr Y._____ a répondu à un questionnaire adressé le 28 octobre 2019 par K._____ comme suit :

"1. Diagnostic exact

1. Dent 12 cassée en mangeant. Fracture corono-radulaire.

2. *Pourquoi avez-vous prescrit les médicaments mentionnés ?*

2. Fistule vestibulaire active au niveau de la 12.

3. *Quel traitement a eu lieu dans ce contexte ?*

3. Extraction 12 et mis en bouche d'une prothèse résine amovible provisoire.

4. *Le traitement effectué représente-t-il une prestation obligatoirement prise en charge par l'assurance-maladie ? Si oui, selon quel article (art. 25 LAMal ou 17 à 19 OPAS [ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins ; RS 832.112.31]) ?*

4. Non.

5. *Copie de la facture pour le traitement effectué ou devis.*

6. *D'autres traitements sont-ils encore prévus ? Si oui, lesquels exactement ?*

7. *Toutes les radiographies des dents et de la mâchoire disponible.*

5, 6 et 7. Vous trouverez ci-joint une copie du devis envoyé au S._____ et une copie des radiographies."

Le devis intitulé « estimation d'honoraires N° [...] » du 12 septembre 2019 joint à son envoi par le médecin-dentiste traitant était libellé en ces termes :

La Clinique _____, vous présente ses compliments et vous adresse l'estimation des honoraires pour les soins prévus:

	Soins médicaux	Fr.	2'191.83
A cela s'ajoutent:	Frais de laboratoire	Fr.	0.00
	Matériel	Fr.	0.00
Montant total de l'estimation		Fr.	2'191.80

Code	Qté	Dent	Libellé	Valeur	Nb. Pts	Montant
4.0020	1		Examen restreint d'un patient en urgence	0.85	33.1	28.13
4.0500	1	12	Radiographie intraorale	0.85	18.2	15.32
4.0900	1		Taxe de base pour la désinfection de la place de travail	0.85	13.9	11.81
4.0650	1	12	Anesthésie par infiltration	0.85	38.4	32.64
4.2030	1	12	Extraction avec volet	0.85	225.6	182.51
4.2850	1	12	Subvies, par suture	0.85	13.9	11.81
4.0900	1	12	Taxe de base pour la désinfection de la place de travail	0.85	13.9	11.81
4.0000	1		Examen ou deuxième avis	0.85	73.2	62.22
4.0500	2	BW	Radiographie intraorale	0.85	38.4	32.64
4.0500	1	11	Radiographie intraorale	0.85	18.2	15.32
4.2800	1	12	Contrôle de la plaque	0.85	41.8	35.53
4.0900	1	12	Taxe de base pour la désinfection de la place de travail	0.85	13.9	11.81
4.1000	1		Annuaire de hygiène/instruction/motivation, par 5 min.	0.85	36.6	31.11
4.1070	1		Gélie fluorée	0.85	10.5	8.92
4.1110	8		Traitement hygiéniste dentaire, par 5 min.	0.85	125.6	105.75
4.0900	1	SN	Taxe de base pour la désinfection de la place de travail	0.85	13.9	11.81
4.5350	1	15 O	Composite, 1 face	0.85	122.0	103.70
4.5810	1	15 O	Liaison dentinaire	0.85	15.7	13.34
4.0650	1	15 O	Anesthésie par infiltration	0.85	38.4	32.64
4.5800	1	15 O	Mordançage de l'émail	0.85	18.2	15.32
4.0940	1	15 O	Digue en caoutchouc (1 à 3 dents)	0.85	22.7	19.29
4.0900	1	15 O	Taxe de base pour la désinfection de la place de travail	0.85	13.9	11.81
4.5370	1	21 D	Composite interdentaire, dent antérieure	0.85	142.8	121.46
4.5800	1	21 D	Mordançage de l'émail	0.85	18.2	15.32
4.5810	1	21 D	Liaison dentinaire	0.85	15.7	13.34
4.0650	1	21 D	Anesthésie par infiltration	0.85	38.4	32.64
4.0940	1	21 D	Digue en caoutchouc (1 à 3 dents)	0.85	22.7	19.29
4.0900	1	21 D	Taxe de base pour la désinfection de la place de travail	0.85	13.9	11.81
4.5380	1	22 M	Composite interdentaire supplémentaire, dent antérieure	0.85	97.6	82.96
4.5800	1	22 M	Mordançage de l'émail	0.85	18.2	15.32

Suite des prestations page suivante

Suite des prestations

Code	Qté	Dent	Libellé	Valeur	Nb. Pts	Montant
4.5810	1	22 M	Liaison dentinaire	0.85	15.7	13.34
4.5380	1	22 P	Composite supplémentaire, 1 face	0.85	76.7	65.19
4.5350	1	27 D	Composite, 1 face	0.85	122.0	103.70
4.5810	1	27 D	Liaison dentinaire	0.85	15.7	13.34
4.0650	1	27 D	Anesthésie par infiltration	0.85	38.4	32.64
4.5800	1	27 D	Mordançage de l'émail	0.85	18.2	15.32
4.0940	1	27 D	Digue en caoutchouc (1 à 3 dents)	0.85	22.7	19.29
4.0900	1	27 D	Taxe de base pour la désinfection de la place de travail	0.85	13.9	11.81
4.0900	1	p/	Taxe de base pour la désinfection de la place de travail	0.85	13.9	11.81
4.8110	1	p/	Prothèse en résine avec plus de deux crochets	0.85	530.0	450.50
4.6310	1	p/	Empreinte prothèse partielle avec porte-empresse individuel	0.85	97.6	82.96
4.0750	1	p/	Enregistrement de la relation centrée	0.85	36.4	32.64
4.6380	1	p/	Suivi avec retouche	0.85	78.7	65.19
4.6400	1	p/	Suivi sans retouche	0.85	48.8	41.48
4.0900	1	p/	Taxe de base pour la désinfection de la place de travail	0.85	13.9	11.81
4.0900	1	p/	Taxe de base pour la désinfection de la place de travail	0.85	13.9	11.81
5039	1		Rapport ultérieur Médident	74.40		74.40

Le 27 décembre 2019, la caisse a refusé le remboursement au titre de l'assurance obligatoire des soins des quittances de pharmacie pour les médicaments Amoxicilline et Irfen, s'élevant respectivement à 27 fr. 10 et à 16 fr. 15, au motif que, selon les explications du Dr Y. _____, les médicaments en cause avaient été prescrits en lien avec un traitement dentaire qui n'était pas obligatoirement pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire des soins (AOS).

b) Par arrêt du 10 février 2020 (CASSO AM 6/20 - 5/2020 du 10 février 2020), la juge unique de la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal a déclaré irrecevable l'acte du 3 février 2020, par lequel G. _____ a interjeté un recours contre la décision de la K. _____ du 27 décembre 2019 dont il a demandé l'annulation en concluant notamment à la prise en charge des médicaments par K. _____.

Par arrêt du 18 juin 2020 (TF 9C_222/2020), la IIe Cour de droit social du Tribunal fédéral a admis le recours, dans la mesure où il était recevable, et réformé la décision du Tribunal cantonal du canton de Vaud, Cour des assurances sociales, du 10 février 2020 en ce sens que le recours était admis et la cause était renvoyée à K. _____ pour qu'elle rende une décision conformément au considérant 4 de l'arrêt précité.

c) Par décision du 23 juillet 2020, se fondant sur l'opinion du Dr Y. _____ du 25 novembre 2019, la caisse a retenu que les soins prodigués, objets du devis du 12 septembre 2019, n'étaient pas une prestation obligatoirement prise en charge par l'assurance-maladie au sens des art. 25 LAMal ou 17 à 19 OPAS. La caisse a indiqué que les médicaments remis par un dentiste en lien avec un traitement dentaire ne pouvaient être pris en charge que si le traitement dentaire était également à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Dans le cas de l'assuré, les médicaments avaient été prescrits par son dentiste en lien avec le traitement dentaire non pris en charge par la LAMal, en particulier en raison de la fistule active à la dent n°12 cassée. Les médicaments étaient donc en lien avec la situation dentaire et les mesures effectuées n'étaient pas des prestations à la charge de l'assurance de base. Une prise en charge des coûts des médicaments au titre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) n'était donc pas possible.

Par écriture du 26 août 2020, l'assuré a formé opposition à la décision du 23 juillet 2020 en demandant son annulation et la prise en charge du traitement et des médicaments ainsi que de « tou[te]s autres prestations figurant sur la facture du dentiste », des dédommagements et la « juridiction gratuite ». Opposant son point de vue aux avis de son médecin-dentiste traitant et de sa caisse-maladie, il était d'avis que le remplacement par une prothèse de la dent extraite, l'obturation des

autres dents, selon devis, ainsi que les médicaments prescrits étaient essentiels pour apaiser l'inflammation et empêcher son étendue à d'autres régions du corps. Il maintenait que la caisse était tenue au remboursement des coûts de l'extraction dentaire, des médicaments anti-inflammatoires, des frais de prothèse et des obturations.

Par courrier du 28 août 2020, accusant réception de l'opposition précitée, la caisse a informé l'assuré qu'elle procéderait à un réexamen du cas et rendrait une décision définitive dans les plus brefs délais.

Dans le prolongement d'un courrier de relance du 17 août 2021 de l'assuré, X._____, a, par décision sur opposition du 14 septembre 2021, rejeté l'opposition du 26 août 2020 et confirmé son refus de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins du traitement dentaire, effectué auprès du Dr Y._____ de la clinique dentaire E._____, suite au devis du 12 septembre 2019 de 2'191 fr. 80, et des coûts des médicaments (Amoxicilline et Irfen) prescrits dans le contexte du traitement dentaire en cause et objets des quittances de la pharmacie A._____ des 22 et 26 août 2019 de 27 fr. 10 et 16 fr. 15.

B. Par acte du 18 octobre 2021 (timbre postal) complété par un courrier du 21 octobre 2021, G._____ a déféré la décision sur opposition du 14 septembre 2021 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à la prise en charge des médicaments, de l'extraction de la dent ainsi que de toutes les autres prestations figurant dans le devis établi le 12 septembre 2019 par le Dr Y._____ « s'ils sont à comprendre qu'ils étaient nécessaires à contrer l'infection », à des dédommagements ainsi qu'à la « juridiction gratuite ». En substance, il maintient que le traitement avec l'extraction de sa dent n°12 et les médicaments prescrits sont bien la conséquence de l'infection, sans que la pose ultérieure de prothèse n'autorise à penser que le but dudit traitement consistait à améliorer le système de mastication ; la caisse intimée aurait violé le droit fédéral en refusant leur mise à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Dans sa réponse du 4 janvier 2022, la caisse intimée a conclu, avec suite de dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Elle observe que le recourant n'apporte aucun élément médical nouveau susceptible de modifier sa position.

Aux termes de sa réplique du 26 janvier 2022, le recourant a maintenu ses précédentes conclusions, répétant que dès lors que le traitement a été nécessaire pour contrer l'infection, l'extraction de la dent et la médication comme la prothèse et les obturations sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

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-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), 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.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte, initialement, sur la prise en charge de deux factures relatives à des médicaments prescrits par un médecin-dentiste, singulièrement sur la question de savoir s'il s'agit de frais de traitement à charge de l'assurance obligatoire des soins.

3. a) Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. Au titre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal).

Selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Est réputée maladie au sens de l'art. 3 LPGa toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. L'atteinte à la santé doit atteindre un certain niveau de gravité, pour valoir comme maladie. La nécessité d'un traitement au sens de l'art. 3 LPGa existe lorsque l'atteinte à la santé limite les fonctions corporelles ou psychiques dans une telle mesure que le patient a besoin d'aide médicale, que le rétablissement sans aide médicale ne pourrait vraisemblablement pas être atteint ou pas dans un délai convenable, ou lorsqu'il ne peut pas être exigé du patient de vivre sans au moins une tentative de traitement.

Selon l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (let. a), s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (let. b), ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c).

Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail les prestations prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal. Le Conseil fédéral, sur la base de l'art. 33 al. 5 LAMal, a délégué cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (ci-après : DFI). Le DFI a fait usage de cette sous-délégation en arrêtant l'OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de

maladie ; RS 832. 112.31), singulièrement les art. 17 à 19 de cette ordonnance.

L'art. 17 OPAS (édicte en exécution de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal) liste les maladies graves et non évitables du système de la mastication. L'art. 18 OPAS (édicte en application de l'art. 31 al. 1 let. b LAMal), énumère les autres maladies graves susceptibles d'occasionner des soins dentaires ; il s'agit de maladies qui ne sont pas, comme telles, des maladies du système de la mastication, mais qui ont des effets nuisibles sur ce dernier. Quant à l'art. 19 OPAS (édicte en exécution de l'art. 31 al. 1 let. c LAMal), il prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis.

La liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins selon les art. 17 à 19 OPAS est exhaustive (ATF 127 V 332 consid. 3a et 343 consid. 3b ; ATF 124 V 185 consid. 4 et 346 consid. 3a).

b) Sous le titre « Maladies du sinus maxillaire », l'art. 17 let. e ch. 2 OPAS prévoit qu'à condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et le traitement n'étant pris en charge par l'assurance que dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige, l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies graves et non évitables du sinus maxillaire en cas de fistule bucco-sinusale.

4. a) En l'espèce, le recourant soutient que le traitement relatif à l'extraction de sa dent n°12, la médication comme la prothèse et les obturations n'ont pas pour but d'améliorer le système de mastication mais ont été nécessaires pour calmer l'infection susceptible de s'étendre à d'autres parties du corps ; il se réfère à l'ATF 128 V 143 consid. 4 b/cc et c pour demander la prise en charge par la caisse intimée, au titre de l'assurance obligatoire des soins (AOS), des coûts du traitement dentaire effectué auprès de son médecin-dentiste traitant, le Dr Y. _____ selon devis du 12 septembre 2019 d'un montant total de 2'191 fr. 80 ainsi que

des deux médicaments prescrits (Amoxicilline et Irfen) dans ce cadre et objets des quittances de la pharmacie A. _____ des 22 et 26 août 2019 de 27 fr. 10, respectivement 16 fr. 15.

b) Etant rappelé que de jurisprudence constante, la liste des maladies mentionnées aux art. 17 à 19 OPAS est exhaustive (cf. consid. 3a supra), il y a lieu de constater que le traitement de la fistule dentaire annoncée par le médecin-dentiste traitant du recourant dans ses réponses du 25 novembre 2019 n'entre pas dans le champ d'application de ces dispositions. En particulier, il ne s'agit pas d'une fistule bucco-sinusale au sens de l'art. 17 let. e ch. 2 OPAS mais d'une fistule vestibulaire au niveau de la dent n°12, apparemment consécutive à une fracture coronoradiculaire.

En l'absence d'atteinte relevant des art. 17 à 19 OPAS, il convient d'examiner si le traitement de la dent n°12, savoir les prestations du médecin-dentiste et médicaments, doit être pris en charge au titre de prestation générale en cas de maladie au sens de l'art. 25 de la LAMal.

c) aa) En ce qui concerne les notions de traitements dentaire et médical, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le point d'application du traitement et le but thérapeutique visé par ce dernier figurent au premier rang des critères permettant de délimiter ces deux catégories de traitements (ATF 128 V 143 consid. 4b). Sous l'angle du critère du point d'application, sont des traitements dentaires – comme déjà selon la jurisprudence constante rendue sous l'empire de la LAMA – principalement les mesures thérapeutiques appliquées à l'appareil masticatoire, à savoir le traitement des dents, de l'appareil de soutien de la dent (parodonte), ainsi que les soins aux organes destinés à recevoir une prothèse dentaire (ATF 128 V 143 consid. 4b/aa ; ATF 120 V 195 consid. 2b). Quant au critère du but thérapeutique, il est déterminé au regard de la partie du corps ou de la fonction qui doit être directement soignée ou restaurée (ATF 128 V 143 consid. 4b/bb).

bb) En l'occurrence, il y a lieu de constater, en se référant au diagnostic, que le but thérapeutique premier était de traiter la fracture corono-radicaire de la dent n°12 et que l'infection était limitée à ladite dent. Le but thérapeutique se rapportant ainsi à la dent n°12 et à l'infection de cette dent, le traitement est strictement dentaire et non médical. Le risque d'une aggravation de l'infection, en particulier de son extension, est sans incidence.

d) Il convient d'observer que, dans sa lettre-réponse du 25 novembre 2019, le Dr Y. _____ fait savoir que l'assuré s'est cassé la dent n°12 en mangeant et que cette dent a présenté une fracture corono-radicaire. Il a prescrit les médicaments (Amoxicilline et Irfen) en raison d'une fistule vestibulaire active à la dent n°12. Il a extrait la dent n°12 et a dû la remplacer au moyen d'une prothèse. A la question de savoir si le traitement effectué représente une prestation obligatoirement prise en charge par l'assurance-maladie, que ce soit sous l'angle des art. 25 LAMal ou 17 à 19 OPAS, le Dr Y. _____ répond par la négative. Le médecin-dentiste traitant exclut lui aussi que le traitement relève de l'assurance-maladie obligatoire des soins selon la LAMal que ce soit sous l'angle des art. 17 à 19 OPAS ou 25 LAMal.

e) Enfin, dans le devis du 12 septembre 2019 joint par le Dr Y. _____ à ses réponses du 25 novembre 2019, en plus du traitement prodigué à la dent n°12, sont signalées d'autres prestations dont des obturations aux dents n^{os} 15, 21, 22 et 27. Il s'agit, selon toute vraisemblance, au vu du libellé du devis, de traitements exclusivement dentaires.

f) En conséquence, sur la base de l'ensemble des éléments médicaux au dossier, c'est à juste titre que l'intimée a confirmé sa décision du 23 juillet 2020, considérant que les frais de traitement et les deux factures relatives à des médicaments prescrits par le médecin-dentiste traitant du recourant ne remplissaient pas les critères légaux pour justifier une prise en charge sous l'angle de l'assurance obligatoire des soins, que ce soit selon les art. 17 à 19 OPAS ou 25 LAMal.

5. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b). L'intimée n'y a pas davantage droit, dès lors qu'elle a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 14 septembre 2021 par X. _____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- G. _____,
- X. _____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :