

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juin 2024

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

B. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, sans formation professionnelle, ayant travaillé comme employée de production pour A. _____ SA jusqu'au 16 décembre 2008, a déposé, le 20 octobre 2010, une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant souffrir de fortes migraines.

A teneur d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne) de la Clinique H. _____ du 8 septembre 2011, les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de céphalées tensionnelles chroniques, de migraines sans aura, de trouble somatoforme douloureux persistant et d'hypertension artérielle ont été posés. La capacité de travail a été estimée totale dans une activité manuelle simple.

Par décision du 5 décembre 2011, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) Le 23 juillet 2015, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations, faisant état d'une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique a été confiée au Centre d'expertises D. _____. Les experts ont établi un rapport le 22 janvier 2019, aux termes duquel ils ont posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de céphalées tensionnelles fréquentes avec sensibilité des muscles péri-crâniens associées à de possibles migraines sans aura, de céphalées attribuées à l'abus de médicaments, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de traits de personnalité histrionique, de personnalité dépendante rappelant les troubles mixtes de la personnalité, de douleurs abdominales pariétales persistantes post cure de hernie de la ligne blanche depuis 2014, d'éructions et nausées

persistantes post cure hernie hiatale opérée en 2011, d'hypertension artérielle contrôlée depuis 2011 et d'hypertension oculaire bilatérale depuis 2016. Ils ont conclu à une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle.

Par décision du 5 septembre 2019, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Cette décision a été confirmée par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) du 21 janvier 2021 (AI 340/19 - 18/2021), qui a notamment reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Centre d'expertises D._____.

c) Le 13 mars 2020, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent qui a été rejetée par décision de l'OAI du 30 mars 2021, confirmée par arrêt de la CASSO du 3 décembre 2021 (AI 156/21 - 384/2021).

d) Entre-temps, soit le 26 février 2021, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une aggravation de son état de santé depuis novembre 2019 à la suite d'une infiltration réalisée le 15 novembre 2019.

Par courrier du 26 mai 2021, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il considérait sa nouvelle demande comme une demande de révision et que, par conséquent, celle-ci ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il lui a ainsi imparté un délai pour fournir des pièces, rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité.

Par courrier du 30 août 2021 à l'OAI, l'assurée, sous la plume de son conseil, a mentionné qu'elle présentait une aggravation de son état de santé. A l'appui de ses allégations, elle a produit un rapport médical du 26 août 2021 du Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel ce médecin a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ainsi

que de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (F62.8). L'assurée s'est également référée à un rapport du 15 juin 2020 du Dr Z._____, aux termes duquel celui-ci avait retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F32.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique.

Par projet de décision du 25 octobre 2021, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa demande de prestations, considérant qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision et qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Le 26 novembre 2021, l'assurée a déposé des objections au projet précité et a sollicité un délai supplémentaire pour éventuellement produire de nouvelles pièces.

Le 14 janvier 2022, l'assurée a déposé des objections complémentaires, en soulignant que les rapports du Dr Z._____ des 15 juin 2020, 13 juillet 2021 et 26 août 2021 mettaient en évidence une aggravation progressive de son état de santé sur le plan psychique, entraînant une incapacité totale de travail en juin 2020. Elle a également cité une jurisprudence (ATF 147 V 234 consid. 5.5) selon laquelle il était relativement aisé, dans le cadre d'une nouvelle demande, de rendre plausible une modification des circonstances de fait en lien avec les constatations médicales ou l'incapacité de travail.

Par avis du 27 janvier 2022, le Service médical régional de l'AI (SMR) a considéré que l'assurée n'avait pas apporté d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier sa position médicale qui se fondait sur une expertise indépendante pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique, psychiatrique et de médecine interne), dont la valeur probante avait été confirmée par la CASSO.

Par décision du 1^{er} février 2022, l'OAI a confirmé le refus d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée.

Statuant par arrêt du 29 septembre 2022 sur le recours formé contre la décision précitée (cause AI 58/22 - 288/2022), la CASSO l'a rejeté. En bref, elle a considéré que les différents rapports médicaux produits par l'assurée à l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 26 février 2021 n'avaient pas objectivé de nouvelles atteintes ou une aggravation des atteintes existantes par rapport à la situation qui prévalait lors de la décision rendue le 5 septembre 2019, confirmée par arrêt du 21 janvier 2021.

e) Le 5 juillet 2022, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Aux fins d'étayer sa démarche, elle s'est référée à un rapport établi le 17 février 2022 par le Dr R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Au status, ce médecin faisait état d'un syndrome cervico-vertébral à l'origine d'une limitation des amplitudes articulaires cervicales. Il a expliqué qu'à la suite d'une infiltration cervicale réalisée en novembre 2019, sa patiente avait développé des douleurs cervicales neuropathiques, lesquelles s'ajoutaient aux cervicalgies consécutives aux traumatismes cérébro-crâniens subis. D'après le Dr R._____, il était très probable qu'un petit nerf cervical ait été blessé à cette occasion et qu'une récupération partielle ou complète du nerf pouvait être attendue en l'espace de deux ans. Or la réalisation de l'infiltration remontait à 2019 et aucune amélioration n'avait été constatée depuis lors. De plus, les moyens thérapeutiques mis en œuvre s'étaient révélés inefficaces ou mal tolérés. Il en résultait un état dépressif réactionnel, dont le Dr R._____ laissait le soin au psychiatre traitant d'apprécier les répercussions sur la capacité de travail. De son côté, il estimait que, même dans une activité légère permettant des changements de positions, l'assurée ne disposait pas d'une capacité de travail en raison des restrictions induites par la pathologie présentée (pas de position statique prolongée de la nuque au-delà de 30 à 60 minutes, pas de mouvements répétitifs avec les membres supérieurs, manque

d'endurance). A cela s'ajoutait qu'elle ne parvenait plus à réaliser certaines tâches domestiques (cuisine, ménage, lessive, repassage) et qu'elle n'avait plus guère de contacts sociaux, hormis quelques membres de sa famille et ses médecins.

Dans un rapport du 18 février 2022, produit par l'assurée à l'appui du recours du 4 mars 2022 (cause AI 58/22 - 288/2022), le Dr T._____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, a rendu compte de l'examen clinique pratiqué la veille. Le status neurologique démontrait une importante péjoration de la proprioception à gauche. En revanche, sur le plan de la sensibilité et de la motricité, il n'y avait rien de pathologique. Les mouvements d'antéflexion, d'extension, de rotation et d'inclinaison à droite provoquaient des douleurs. L'examen radioscopique avait mis en évidence un rétrolisthésis de C5 sur C6, lequel semblait stable. A l'examen, les articulations postérieures ainsi que l'articulation C2-C3 étaient « extrêmement douloureuses », tandis que les autres articulations facettaires à gauche comme à droite étaient indolores.

S'exprimant sur les rapports médicaux produits à l'appui de la demande de prestations du 5 juillet 2022, le Dr P._____, médecin auprès du SMR, a jugé qu'ils ne contenaient pas d'éléments médicaux rendant plausible une modification notable de l'état de santé de l'assurée depuis la décision de refus du 5 septembre 2019, confirmée par arrêt de la CASSO du 21 janvier 2021 (avis médical du 25 avril 2023).

Le 1^{er} mai 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'avait pas l'intention d'entrer en matière sur sa demande de prestations du 5 juillet 2022, au motif qu'elle n'avait pas rendu plausible que les conditions de fait s'étaient modifiées depuis la décision de refus du 5 septembre 2019, confirmée par arrêt de la CASSO du 21 janvier 2021.

Par courrier du 26 mai 2023, l'assurée a fait part de son désaccord avec ce projet de décision, qu'elle a motivé dans une correspondance du 14 juin 2023. Elle y relevait que, dans son rapport du

17 février 2022, le Dr R. _____ avait rendu plausible une aggravation, en ce sens que l'infiltration cervicale réalisée en novembre 2019 s'était mal déroulée et avait entraîné des complications invalidantes. En outre, elle estimait que le Dr P. _____ n'était pas qualifié pour se prononcer sur les conclusions du Dr R. _____ faute de disposer des compétences requises.

Par décision du 24 août 2023, l'OAI a entériné son refus d'entrer en matière sur la demande de prestations du 5 juillet 2022. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

B. **a)** Par acte du 28 septembre 2023, B. _____, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat, a saisi la CASSO d'un recours contre la décision précitée en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce qu'il soit entré en matière sur sa demande de prestations du 5 juillet 2022. Contrairement à ce qu'avait retenu l'OAI, elle estimait avoir rendu plausible, au moyen des rapports médicaux produits dont celui du Dr R. _____ du 17 février 2022, d'une part, une dégradation de son état de santé physique et mentale consécutive à l'infiltration réalisée en 2019 et, d'autre part, qu'une telle détérioration influençait de manière déterminante sa capacité de travail et, partant, son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Or, sur la base d'un avis médical sommaire, le Dr P. _____ ne s'était pas prononcé sur cette aggravation. A cela s'ajoutait que les analyses de ce médecin étaient « systématiquement favorables à son employeur » et qu'il ne disposait « d'aucune spécialisation dans le domaine concerné, celui-ci étant généraliste ».

b) Dans sa réponse du 25 janvier 2024, l'OAI s'est référé aux explications contenues dans son courrier d'accompagnement du 24 août 2023. Renvoyant pour le surplus à l'avis médical du 25 avril 2023, il a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la demande de prestations de la recourante du 5 juillet 2022, singulièrement sur la question de savoir si la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [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, le nouveau droit est en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 24 août 2023 (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).

4. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17

janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments 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).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée 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 la personne assurée 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).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales 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. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

5. a) En l'espèce, par décision du 24 août 2023, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 5 juillet 2022 par la recourante, au motif qu'elle n'avait pas rendu plausible

une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus rendue le 5 septembre 2019. L'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de prestations déposée le 26 février 2021 par la recourante. Il s'agit donc pour la Cour de céans s'examiner si le rapport du 17 février 2022 du Dr R._____, ainsi que le rapport du 18 février 2022 du Dr T._____, établissent de manière plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision de refus rendue par l'intimé le 5 septembre 2019, laquelle constitue la dernière décision entrée en force fondée sur un examen matériel du droit aux prestations.

b) Aux termes de leur rapport du 22 janvier 2019 qui a fondé la décision de l'intimé du 5 septembre 2019 confirmée par arrêt de la CASSO du 21 janvier 2021 (AI 340/19 - 18/2021), les experts du Centre d'expertises D._____ n'avaient retenu aucun diagnostic incapacitant. Sur le plan psychiatrique en particulier, l'experte Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avait expliqué pour quelles raisons elle écartait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome somatique (F32.2) alors posé par la psychologue V._____ dans un rapport du 27 août 2015. Les autres diagnostics posés, soit notamment les céphalées tensionnelles fréquentes avec sensibilité des muscles péri-crâniens, le syndrome somatoforme persistant, les traits de personnalité histrionique et de personnalité dépendante rappelant les troubles mixtes de la personnalité ne justifiaient pas d'incapacité de travail. Il n'y avait en outre pas de limitations fonctionnelles.

c) S'agissant des rapports des 17 et 18 février 2022 des Drs R._____ et T._____, ils ne rendent pas plausible une péjoration de l'état de santé de la recourante. Tout d'abord, les plaintes qui y sont relevées, consistant essentiellement en des douleurs cervicales associées à des céphalées tensionnelles, ont déjà été évoquées et dûment prises en compte dans le cadre de l'expertise du 22 janvier 2019. De plus, les rapports susmentionnés, en particulier celui du 17 février 2022, se fondent essentiellement sur les dires de la recourante, sans que ces derniers aient été mis en perspective avec des éléments objectifs. Ainsi, la recourante

n'apporte aucun élément objectivable vérifiable, notamment de nature clinique ou diagnostique, qui serait nouveau par rapport à l'expertise réalisée le 22 janvier 2019 et qui aurait été ignoré par le SMR, justifiant de s'écarter de ses conclusions. A cet égard, le fait que le Dr R. _____ ait mentionné qu'elle ne parvenait plus à réaliser certaines tâches domestiques (cuisine, ménage, lessive, repassage) et qu'elle n'avait plus guère de contacts sociaux n'y change rien. En effet, dans le cadre de l'instruction relative à une allocation pour impotent, l'enquêtrice avait déjà retenu que la recourante nécessitait l'aide de son frère et de sa sœur pour la préparation des repas, le ménage courant, la lessive et les courses, de même qu'elle avait relevé un « effondrement social » depuis 2011 (rapport d'enquête à domicile du 8 octobre 2020). Enfin, il convient encore de relever que le rapport médical du 17 février 2022 du Dr R. _____ indique une péjoration de l'état de santé de la recourante à la suite de l'infiltration réalisée en novembre 2019, notamment sur le plan psychiatrique avec un état dépressif réactionnel. Or, une précédente demande de prestations avait été déposée le 26 février 2021 par la recourante et avait déjà abouti à une décision de non-entrée en matière rendue le 1^{er} février 2022 et confirmée par arrêt de la CASSO du 29 septembre 2022 (AI 58/22 - 288/2022).

d) Il convient ensuite de relever que, contrairement à ce qu'affirme la recourante, le fait que le Dr P. _____, médecin auprès du SMR, soit un généraliste n'est pas déterminant. En effet, fondés sur l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 54a al. 2 et 3 LAI (dans la teneur dès le 1^{er} janvier 2022), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF

9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). Dès lors que les tâches dévolues au SMR consistent notamment à évaluer l'intégralité d'un dossier, la spécialisation du médecin du SMR n'est pas pertinente (TF 9C_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 4.2). Il est d'ailleurs fréquent qu'un médecin du SMR soit amené à examiner des dossiers contenant de nombreux rapports médicaux émanant de divers spécialistes. De plus, de par son titre de médecin, le Dr P._____ dispose à l'évidence des compétences nécessaires. C'est d'autant plus vrai que, dans le cas d'espèce, le Dr P._____ devait uniquement se prononcer sur l'éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la décision de l'intimé du 5 septembre 2019, soit, pour l'essentiel, de confronter l'expertise du 22 janvier 2019 avec les nouvelles pièces médicales invoquées par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande de prestations, sans qu'il lui soit nécessaire d'apporter des éléments de motivation nouveaux importants ni d'appréciations nécessitant des connaissances médicales particulières.

e) En conclusion, les différents rapports médicaux produits par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 5 juillet 2022 n'objectivent pas de nouvelles atteintes ou une aggravation des atteintes existantes par rapport à la situation qui prévalait lors de la décision rendue le 5 septembre 2019, confirmée par arrêt du 21 janvier 2021 (AI 340/19 - 18/2021).

f) Au vu de ce qui précède, force est de constater que la recourante n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. Dans ces conditions, l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 5 juillet 2022.

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

7. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des

frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} 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 (art. 61 let. g LPGa).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 août 2023 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 B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour B. _____),
- 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 :