

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 décembre 2021

Composition : M. NEU, président
MM. Bidiville et Peter, assesseurs
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

H. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) Au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de boucher-charcutier, H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1974, a travaillé en dernier lieu comme cuisinier pour le compte de la Buvette J. _____ jusqu'au 31 mai 2006, date pour laquelle l'employeur a résilié les rapports de travail en raison d'un abandon inexpliqué du poste de travail (courrier de l'employeur du 29 mai 2006).

Souffrant d'un syndrome de Marfan ainsi que de diverses comorbidités (problèmes au dos, aux poumons et de circulation sanguine), H. _____ a déposé, en date du 29 mai 2007, une demande de prestations de l'assurance-invalidité en expliquant que son état de santé ne lui permettait plus « *de travailler comme avant* ». Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) s'est procuré les renseignements médicaux auprès des médecins de l'assuré.

Dans un rapport du 2 octobre 2007, le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de syndrome de Marfan avec atteintes ostéo-articulaires, de status après épisode d'embolie pulmonaire segmentaire postéro-basale droite idiopathique avec infarctus pulmonaire, d'emphysème pulmonaire paraseptal et apical bilatéral sur tabagisme chronique, de status après hospitalisation à l'Hôpital Q. _____ en 1998 (non documenté) et d'antécédents de problèmes de toxicomanie (héroïne IV, cocaïne IV, cannabis et autres substances psycho-actives). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un status après appendicectomie, un status après cure de varices bilatérales et un status après incision et drainage d'un abcès para-anal en 2004. Compte tenu de la labilité montrée par son patient dans sa prise en charge médicale, le Dr P. _____ a fait état de sa difficulté à se prononcer sur sa capacité de travail, si bien qu'il a recommandé une évaluation complète de la situation tant d'un point de vue psychiatrique que somatique. Il a également joint divers rapports établis lors de consultations spécialisées.

Après avoir pris connaissance des renseignements médicaux complémentaires recueillis (rapport du Dr P._____ du 30 septembre 2008 auquel étaient notamment joints un rapport du 23 septembre 2008 de la Consultation d'alcoologie de la Policlinique D._____ et un rapport du 12 septembre 2008 du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital F._____), le Dr B._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a proposé l'organisation d'un stage d'évaluation (avis médical du 15 octobre 2008).

Le 16 février 2009, l'assuré a commencé une mesure d'observation professionnelle sous la forme d'un stage d'aide-cuisinier auprès d'un Centre Orif en vue d'une formation dans ce domaine. Le rapport final d'évaluation du 19 mai 2009 concluait à l'existence des bases théoriques suffisantes et des aptitudes nécessaires pour débiter un préapprentissage de cuisinier au sein du même centre du 18 mai au 31 juillet 2009. L'engouement et la motivation dont l'assuré a fait preuve durant son stage (cf. rapport de stage du 10 juillet 2009) ont débouché sur son engagement en tant qu'apprenti cuisinier auprès de l'Institution U._____ (courrier du 13 juillet 2009).

Par courrier du 1^{er} février 2010, l'assuré a transmis à l'office AI une attestation médicale établie le 25 janvier précédent par le Dr P._____. Celui-ci y évoquait la situation de crise dans laquelle se trouvait son patient avec des symptômes d'épuisement, d'anxiété et de dépression. Au vu de ces éléments, il a demandé à ce qu'il soit réintégré au Centre Orif, qui lui paraissait offrir un cadre plus structuré et sécurisant pour la suite de son apprentissage.

Le 4 mai 2010, le Dr P._____ a informé l'office AI que son patient avait présenté une rechute concernant sa consommation d'alcool, en lien avec une grande anxiété et une sollicitation professionnelle importante ayant entraîné un stress intense. L'assuré ne s'étant plus présenté à sa place de travail, son médecin a une nouvelle fois sollicité de

l'office AI que la formation entreprise se poursuive au Centre Orif. En parallèle, il a organisé une prise en charge à la Consultation d'alcoologie.

A la demande de l'office AI, le Dr P._____ a indiqué que, sur le plan somatique, les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient essentiellement d'ordre ostéo-articulaire, mais qu'elles n'entravaient pas, au moins pour le moment, sa capacité de travail en tant que cuisinier. En revanche, il a retenu qu'il pouvait y avoir des limitations sur le plan psychologique ; les antécédents de troubles addictifs avaient probablement induit un trouble de la personnalité (traits émotionnellement labiles, défenses caractérielles), si bien qu'il réitéré sa requête tendant à ce que la formation s'effectue au sein d'un Centre Orif (courrier du 23 juin 2010).

Après analyse des renseignements médicaux recueillis, le Dr K._____, médecin auprès du SMR, a fixé le début de la longue maladie au mois d'avril 2007, date à laquelle l'assuré a été victime d'une embolie pulmonaire. Depuis lors, la capacité de travail dans la profession de boucher était nulle de même que dans toutes activités ne respectant pas les limitations fonctionnelles retenues (pas de manipulations répétées de charges supérieures à 10 kg, pas de poste de travail nécessitant le maintien du rachis en porte-à-faux, pas de position statique tenue de façon prolongée et possibilité d'alterner les positions). En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière, sans baisse de rendement, sur la base du bilan cardiologique de juin 2007. Selon le Dr K._____, il n'y avait pas d'éléments médicaux permettant de reconnaître que les obstacles à la réinsertion proposée par l'office AI trouvaient leur explication dans les problèmes de santé reconnus comme restant liés à la profession antérieure de l'assuré (avis médical du 20 juillet 2010).

Par décision du 1^{er} novembre 2010, l'office AI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assuré. Si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de boucher-charcutier, elle était entière dans une activité compatible avec les limitations fonctionnelles énoncées. Il a relevé que l'échec des mesures professionnelles mises en

œuvre était imputable à la consommation d'alcool. La comparaison du revenu qu'il aurait pu obtenir en tant que cuisinier certifié (52'507 fr.) avec celui qu'il toucherait dans sa profession de boucher-charcutier en 2010 (52'000 fr.) conduisait au constat de l'absence de tout préjudice économique. Partant, le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert.

Cette décision est entrée en force.

b) En date du 19 décembre 2017, H._____ a déposé une demande de moyens auxiliaires, tendant à la remise de chaussures orthopédiques.

Selon les renseignements obtenus auprès du Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, le syndrome de Marfan présenté par l'assuré était responsable de la taille démesurée de ses pieds (taille 50) et de leur difformité bilatérale. Il lui était donc difficile de trouver des chaussures adaptées dans le commerce (rapport du 10 janvier 2018).

Le 22 février 2018, l'office AI a informé l'assuré que les conditions d'octroi de moyens auxiliaires étaient remplies et qu'il prenait donc en charge les coûts de chaussures orthopédiques.

c) Par courrier du 16 avril 2018, l'assuré a informé l'office AI d'une dégradation de son état de santé avec reprise de la consommation de drogues et d'alcool en lien avec une symptomatologie dépressive et des troubles du comportement dans le contexte d'une évolution du syndrome de Marfan, lequel aurait entraîné l'apparition de divers troubles (thrombose, sciatique, épicondylite, problèmes au dos, aux chevilles ainsi qu'à l'estomac consécutifs à la prise d'antalgiques). Il a précisé avoir bénéficié d'un suivi psychothérapeutique auprès du Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, durant près de trois ans et d'une prise en charge de sa consommation d'alcool au sein de la Fondation L._____.

L'office AI n'ayant pas réagi à son courrier, l'assuré lui a adressé une nouvelle lettre en date du 30 avril 2019, à laquelle l'administration n'a pas davantage répondu, si bien qu'il a déposé, le 3 mai 2019, une seconde demande de prestations, traitée comme une demande de révision (courrier du 9 mai 2019).

Le 20 juin 2019, l'office AI a informé l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur sa demande de prestations du 3 mai 2019, au motif qu'il n'avait pas constaté de modifications dans sa situation professionnelle ou médicale (pas de nouveaux diagnostics, pas de nouvelle situation).

Le 12 août 2019, l'assuré a fait part de son désaccord avec ce projet de décision. Outre la détérioration de son état de santé physique, l'office AI aurait fait fi de la réapparition d'une consommation d'alcool problématique associée à un état dépressif.

A la demande de l'office AI (courrier du 15 août 2019), l'assuré lui a transmis, le 7 septembre 2019, copie de diverses pièces médicales établies entre 2016 et 2019.

Sollicité pour détermination, le Dr W._____, médecin auprès du SMR, a relevé que, parmi les pièces produites, le dernier examen datait du 3 juillet 2019 et émanait des cardiologues de la Policlinique D._____, lesquels rapportaient l'absence de symptômes cardiaques avec une certaine activité physique et une fraction d'éjection à 52 %. Au surplus, les documents médicaux rédigés pour l'essentiel en 2016 et 2017 ne comportaient aucune notion d'aggravation de l'état de santé. L'assuré présentait un syndrome de Marfan connu et le bilan de juin 2019 éliminait un retentissement vasculaire fonctionnel (avis médical du 10 février 2020).

Par décision du 11 février 2020, l'office AI a entériné son refus d'entrer en matière sur la demande de prestations du 3 mai 2019, conformément à son projet de décision du 20 juin 2019.

B. **a)** Par acte du 11 mars 2020, H. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 11 février 2020. Il s'est, pour l'essentiel, attaché à résumer les étapes essentielles de son existence, en mettant en évidence ses divers problèmes de santé et les difficultés rencontrées sur le plan professionnel. L'assuré a qualifié la décision litigieuse d'inique, dans la mesure où elle ne tenait aucun compte des efforts entrepris pour s'en sortir et faire face à ses responsabilités. Cela étant, il s'est étonné que l'office AI ait rendu cette décision sans qu'il ait été examiné par des médecins et sans qu'il ait pu faire valoir son point de vue au cours d'un entretien.

b) Le 30 mai 2020, l'assuré a transmis à la Cour de céans un rapport rédigé le 27 mai précédent par le Dr G. _____, dans lequel il a indiqué que son patient souffrait d'un syndrome de Marfan diagnostiqué en juillet 2018 ; il s'agissait d'une maladie génétique entraînant divers problèmes de santé associés à de multiples symptômes invalidants chroniques et qui, en l'état des connaissances médicales, demeurait incurable. A cela s'ajoutaient des problèmes psychiques, au sujet desquels le Dr G. _____ n'a fourni aucune précision. Au regard de la multiplicité des atteintes à la santé présentées, dont l'une était génétique, multisymptomatique et sans traitement, il a estimé qu'il se justifiait de mettre en œuvre une expertise afin d'évaluer « *les incompétences fonctionnelles chronicisées* » de son patient.

c) Dans sa réponse du 3 juillet 2020, l'office AI a relevé que, dans le cadre de la procédure d'audition, l'assuré lui avait transmis diverses pièces médicales. Or, après analyse, il s'était avéré qu'aucune d'entre elles ne permettait de retenir une aggravation de l'état de santé. Quant au rapport du Dr G. _____ du 27 mai 2020, il était postérieur à la décision litigieuse et ne pouvait par conséquent pas être pris en considération dans le cadre de la présente procédure. Ce nonobstant, il ne contenait aucun élément démontrant une péjoration de l'état de santé de

l'assuré. Dans ces conditions, la décision attaquée ne prêtait pas flanc à la critique, si bien que l'office AI a conclu au rejet du recours.

d) En réplique du 3 août 2020, l'assuré a souligné que le dossier constitué contenait des éléments attestant de la sévérité des problèmes de santé présentés, si bien qu'il réitérait son incompréhension face aux arguments qui lui étaient opposés. Il a produit une liste des principales manifestations du syndrome d'Ehlers-Danlos – déjà versée au dossier –, mettant en évidence celles dont il estimait qu'elles correspondaient à son état.

e) Dupliquant en date du 25 août 2020, l'office AI a indiqué que les arguments développés n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de la décision litigieuse, de sorte qu'il a derechef 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'office AI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 3 mai 2019. Il convient en particulier d'examiner si le recourant a rendu plausible une modification des faits depuis la dernière décision de refus de prestations du 1^{er} novembre 2010, qui justifierait un nouvel examen de son cas.

3. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré 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 l'assuré 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). 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).

b) 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 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 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).

Selon la doctrine, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge ou l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-veillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3100, p. 840 ss).

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). Toutefois, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

4. a) En l'occurrence, l'office AI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 3 mai 2019. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations du 1^{er} novembre 2010 – dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente – et la décision litigieuse du 11 février 2020, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité – et donc le droit à la rente – s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'office AI jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent

refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 11 février 2020 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 1^{er} novembre 2010. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

b) A juste titre, le SMR et l'office AI observent que les pièces médicales produites par le recourant en procédure administrative à l'appui de son courrier du 7 septembre 2019 se rapportent à un état de santé investigué antérieurement, déjà connu sur le plan somatique (syndrome de Marfan), et sans mention d'une aggravation particulière sur ce plan. Néanmoins, la nouvelle demande n'est pas motivée par la seule problématique liée à l'évolution des pathologies en lien avec le syndrome de Marfan, mais par la reprise d'une consommation excessive d'alcool dans le contexte d'une rechute de la symptomatologie dépressive. A cet égard, aucun document médical n'a certes été produit, si ce n'est celui du 27 mai 2020 établi par le Dr G._____, médecin traitant.

c) L'intimé conteste la recevabilité de ce rapport dans la mesure où il a été rendu postérieurement à la décision attaquée. Toutefois, la jurisprudence admet de prendre en compte des documents postérieurs à la procédure administrative s'ils rendent compte d'éléments qui se rapportent à la période déterminante (cf. considérant 3c ci-dessus). Or tel est bien le cas, le Dr G._____ sollicitant une expertise de l'office AI en faisant non seulement état de la problématique évolutive sur le plan somatique (maladie génétique incurable confirmée par les spécialistes de l'Hôpital F._____ en 2018, avec de multiples symptômes invalidants évoluant de façon chronique et sans traitement ni espoir de guérison) mais également de problèmes psychiques importants, passés et actuels. A ce dernier titre, si la consommation excessive d'alcool et les troubles psychiques étaient déjà connus en 2010, une rechute est déjà documentée du fait de l'abandon de l'apprentissage de cuisinier, des cures suivies par l'assuré auprès de la Fondation L._____ notamment, et du status dont le médecin traitant rend compte. La problématique de la

dépendance, manifeste dans ce cas, a été traitée en 2010 par le SMR sous l'angle des anciens critères de la jurisprudence (primaire/secondaire), lesquels n'ont plus cours, au regard de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral assimilant cette problématique et son examen aux mêmes critères que ceux applicables à l'évaluation du caractère incapacitant des troubles psychiques (ATF 145 V 215). On observera encore que le Dr G. _____ était déjà le médecin traitant de l'assuré à tout le moins dès 2017, soit au moment du dépôt de la demande de moyens auxiliaires qu'il avait motivée.

d) Fort des éléments mis en évidence au considérant précédent, le recourant, dont on peut concevoir que l'état de santé ait pu l'entraver dans la bonne compréhension des exigences de forme posées à la recevabilité d'une nouvelle demande, a produit, certes à l'appui de son recours, un avis de son médecin traitant se rapportant à son état de santé dont ce dernier a pu apprécier l'évolution sur plusieurs années, au point de requérir une expertise afin d'évaluer les « *incompétences fonctionnelles chronicisées* », respectivement de justifier l'entrée en matière sur cette nouvelle demande.

e) Au final, il s'avère que les éléments médicaux avancés par le recourant rendent plausible une modification de son état de santé tant sur le plan somatique que psychique depuis la dernière décision de refus de prestations rendue le 1^{er} novembre 2010. L'appréciation de l'état de santé de l'intéressé et de sa capacité de travail ne concorde plus avec les indications ressortant des documents médicaux produits à l'appui de la dernière demande de prestations du 3 mai 2019. Ainsi, le SMR ne pouvait qualifier la situation d'inchangée sans procéder à un minimum d'investigations sur le fond, ce dont il s'est abstenu. A ce stade, il n'appartient toutefois pas au Tribunal d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais uniquement à l'intimé d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée le 3 mai 2019. En conséquence, il y a lieu de renvoyer la cause à l'office AI afin qu'il entre en matière sur cette demande de prestations puis, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al.

1 LPGA), mette en œuvre les mesures d'instruction idoines aux fins d'éclaircir les questions faisant l'objet des considérants 4c et 4d ci-dessus. Concrètement, il s'agira d'éprouver les atteintes à la santé alléguées et leur répercussion en termes de capacité de travail.

5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations du 3 mai 2019, instruisse effectivement la cause puis rende une nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais de justice à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'office AI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause sans l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 11 février 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- M. H. _____,
- 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 :