

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mai 2012

Présidence de Mme PASCHE, juge unique
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant,

et

CAISSE M._____, à [...], intimée.

Art. 3 al. 1 LAMal

E n f a i t :

A. a) D. _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1969, a rempli en date du 13 mars 2008 un formulaire de données administratives à l'en-tête de la caisse M. _____ en vue de son affiliation auprès de la caisse précitée dès le 1^{er} avril 2008. A la question de savoir s'il était au bénéfice d'une assurance des soins (LAMal), l'assuré a répondu qu'il l'était auprès de la caisse U. _____

Par courrier du 2 avril 2008 adressé à la caisse M. _____, l'assuré a indiqué ce qui suit :

"Quant à votre demande pour la date d'entrée en vigueur de l'assurance, cela vous a été communiqué par courrier postal et par mail le 13.03.08 : il s'agit du 1^{er} avril 2008. Lorsque je vous ai appelé ce lundi 31 mars, vous m'avez indiqué que je serai assuré à partir du 1^{er} avril et que je recevrai bientôt une lettre de votre part me le confirmant. Comme ce n'est apparemment pas le cas, je vous prie de faire le nécessaire, pour que je sois assuré chez vous dès que possible. Je me permets toutefois de vous rappeler, que conformément aux dispositions légales en vigueur, vous paierez la différence de prime avec la caisse U. _____".

Par lettre du 21 avril 2008, la caisse M. _____ a confirmé à l'assuré qu'il était au bénéfice dès le 1^{er} avril 2008 d'une assurance obligatoire des soins - Basic Plus. Elle a établi à la même date une attestation dans ce sens qu'elle a transmise à la caisse U. _____, ainsi qu'un certificat d'assurance, la prime mensuelle étant fixée à 158 fr. 60.

Par fax du 29 avril 2008, la caisse U. _____ a informé la caisse M. _____ que "*l'assurance obligatoire des soins de M. D. _____ a été annulée au 31.12.07 auprès de la caisse U. _____*".

Au vu de ces éléments, la caisse M. _____ a établi le 26 mai 2008 une nouvelle attestation avec une couverture des prestations LAMal

fixée au 1^{er} janvier 2008, ainsi qu'un nouveau certificat d'assurance, la prime restant inchangée.

En date du 2 juin 2008, la caisse M._____ a adressé à l'assuré une facture de 475 fr. 80, représentant les primes d'assurance dues pour les mois de janvier à mars 2008, payables au 30 juin 2008.

Par courrier du 12 juin 2008, l'assuré a indiqué ce qui suit à la caisse M._____ :

"Pour mémoire, je me permets de vous rappeler que je vous ai indiqué une date d'entrée en vigueur de l'assurance : il s'agissait du 1^{er} avril 2008. Cela vous avait d'ailleurs été communiqué par courrier postal et par courriel le 13 mars 2008. Lorsque je vous avais téléphoné le lundi 31 mars 2008, vous m'aviez indiqué que je serais assuré à la caisse M._____ à partir du 1^{er} avril 2008 et que je recevrais rapidement une lettre de votre part me le confirmant.

Votre courrier n'arrivant pas, je vous ai écrit le 8 avril 2008, en vous confirmant ma demande d'être assuré chez vous dès le 1^{er} avril 2008. Je me suis également permis de vous rappeler, que conformément aux dispositions légales en vigueur, vous payerez la différence de primes avec la caisse U._____, si je ne devais pas être assuré à la caisse M._____ dès le 1^{er} avril 2008.

En conséquence, je vous somme de me confirmer par écrit, dans les plus brefs délais, que je ne suis assuré chez vous que depuis le 1^{er} avril 2008, comme cela vous a toujours été demandé et que vous annulez les factures reçues pour la période de janvier à mars 2008".

Par lettre du 30 juin 2008, la caisse M._____ a informé l'assuré qu'aucune modification ne serait apportée au contrat, la caisse U._____ couvrant l'assuré pour l'assurance obligatoire des soins jusqu'au 31 décembre 2007. Comme ladite branche était obligatoire en Suisse et ne pouvait nullement être interrompue, la caisse M._____ se voyait dans l'obligation de l'assurer dès le 1^{er} janvier 2008.

Des rappels, ainsi qu'une mesure en demeure LAMal ont été adressés à l'assuré, qui dans l'intervalle, soit par courrier du 31 juillet 2008 à la caisse M._____, a notamment relevé que "*les primes (du 1^{er} janvier au 31 mars 2008) que vous exigez ont, à ma connaissance, déjà*

été payées à la caisse U._____. Dans tous les cas, elles ont été retenues sur les salaires versés par mon ancien employeur, la société K._____ SA à [...]. En conséquence, je vous somme de me confirmer par écrit, dans les plus brefs délais, que je ne suis assuré chez vous que depuis le 1^{er} avril 2008, comme cela vous a toujours été demandé et que vous annulez les factures reçues pour la période de janvier à mars 2008".

Le 20 août 2008, la caisse M._____ a prié l'assuré d'acquitter avant le 4 septembre 2008 la somme de 505 fr. 80, correspondant aux primes du 1^{er} janvier au 31 mars 2008, ainsi qu'à des frais de sommation par 30 francs.

Le 21 novembre 2008, la caisse M._____ a adressé une réquisition de poursuite auprès de l'Office des poursuites de l'arrondissement d' [...] concernant D._____, débiteur d'un montant de 475 fr. 80 + frais administratifs et de poursuite concernant les primes restées impayées.

L'office précité a délivré le 27 novembre 2008 à l'assuré un commandement de payer n°446267 pour un montant de 475 fr. 80 avec intérêt à 5 % du 20 novembre 2008 ("Primes 01-03.08 LAMal"), auquel s'ajoutaient des frais d'ouverture de dossier par 80 fr. et des frais de sommation par 30 fr., soit un total de 585 fr. 80. L'assuré y a formé opposition totale, en exposant dans un courrier du 27 novembre 2008 les éléments suivants :

"la somme demandée a été versée à mon ancien employeur. Des lettres expliquant la situation ont été envoyées à l'assurance les 2 avril, 12 juin et 31 juillet 2008. Des téléphones m'ont également permis d'expliquer la situation à l'assureur (Caisse M._____), ce dernier semblait avoir compris qu'il n'était pas en droit de me réclamer des sommes que j'avais déjà payées à mon ancien employeur, par une retenue sur le salaire pour le paiement des primes d'assurance maladie".

b) Par lettre du 25 novembre 2008, l'assuré a informé la caisse M. _____ qu'il résiliait sa police d'assurance avec effet au 31 décembre 2008.

Le 19 décembre 2008, la caisse M. _____ a répondu que pour pouvoir entériner sa démission, les deux conditions cumulatives suivantes devaient être remplies :

"L'assurance-maladie de base étant obligatoire, votre nouvel assureur doit nous fournir, avant l'échéance précitée, une attestation d'assurance. Conformément à l'article 64a al. 4 LAMal, un changement d'assureur n'est possible qu'après paiement, avant l'échéance précitée, de l'intégralité des primes ou des participations aux coûts des arriérés ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite inhérents".

La caisse M. _____ concluait en précisant que dans l'hypothèse où l'une de ces exigences devait ne pas être remplie, son affiliation à l'assurance obligatoire des soins serait maintenue.

Par lettre du 27 février 2009 adressée à l'assuré, la caisse M. _____ indiquait que la caisse P. _____ lui avait confirmé sa récente affiliation. L'assuré ne s'étant pas acquitté de l'intégralité des primes ou des participations aux coûts arriérés, la caisse M. _____ l'a informé qu'elle n'était pas en mesure d'accepter la résiliation de son assurance obligatoire des soins.

Par courrier du 16 mars 2009, la caisse P. _____ a informé l'assuré qu'en raison de l'arriéré de primes auprès de la caisse M. _____, son contrat auprès de la caisse P. _____ était annulé avec effet au 1^{er} janvier 2009.

c) Par décision du 20 février 2009, confirmée sur opposition en date du 8 avril 2009, la caisse M. _____ a prononcé la mainlevée de l'opposition au commandement de payer n°446267 à la hauteur d'un montant de 585 fr. 80, frais de poursuite compris, estimant que ladite opposition était injustifiée. Elle a en outre rappelé que l'assuré était

redevable des frais de poursuite et d'un intérêt de retard de l'ordre de 5 % sur ses primes arriérées, et ce conformément au sort qu'il serait réservé à sa créance. S'agissant d'une éventuelle retenue erronée sur son salaire, la caisse M._____ a estimé qu'elle n'était pas compétente et qu'il appartenait à l'assuré de contacter son ancien employeur pour régler ce litige.

B. a) Par acte du 9 mai 2009, D._____ interjette recours contre la décision sur opposition du 8 avril 2009 et conclut à la reconnaissance de son affiliation auprès de la caisse U._____ jusqu'au 31 mars 2008, puis auprès de la caisse M._____ dès le 1^{er} avril 2008. Il reprend pour l'essentiel les mêmes arguments qu'il avait développés dans le cadre de la procédure d'opposition, précisant que la caisse U._____ doit être impliquée, puisqu'elle est à l'origine du litige et qu'elle refuse de faire ce qu'il lui est demandé depuis plus d'un an.

b) Dans sa réponse du 24 juin 2009, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle a transmis à l'appui de cette écriture un fax du 18 juin 2009 de la caisse U._____ à son intention qui relève les éléments suivants :

"Suite à votre demande, nous vous confirmons que nous avons annulé l'assurance obligatoire des soins de Monsieur D._____, au 31 décembre 2007.

Les primes concernant son assurance de base du 1^{er} trimestre 2008, n'ont pas été facturées à son employeur".

L'intimée soutient en outre avoir à juste titre anticipé la couverture de l'assurance obligatoire des soins au 1^{er} janvier 2008, soit dès la cessation de couverture auprès de la caisse U._____. Le recourant ne s'étant pas acquitté des primes relatives au 1^{er} trimestre 2008, alors qu'il en était redevable, l'intimée a dès lors considéré qu'une poursuite devait être entamée contre lui afin de recouvrer lesdits montants. Elle relève que le recourant aurait pu certes demander à la caisse U._____ de prolonger la couverture pour l'assurance obligatoire des soins jusqu'à fin mars 2008, soit jusqu'à la sortie du contrat collectif et non jusqu'au

31 décembre 2007 seulement conformément à sa demande. Elle note encore que le recourant a affirmé que son employeur avait payé les primes auprès de la caisse U._____ pour le 1^{er} trimestre 2008, mais n'en a toutefois pas amené la preuve, ce d'autant plus que la caisse U._____ a confirmé que pour la période en question, aucune prime n'avait été facturée à l'entreprise au nom du recourant. L'entreprise a ainsi payé des primes pour des assurances complémentaires, mais pas pour l'assurance obligatoire des soins. L'intimée estime par conséquent qu'il appartenait au recourant d'éclaircir la situation avec son ancien employeur.

c) Dans sa réplique du 6 septembre 2009, le recourant admet notamment qu'il a résilié son assurance auprès de la caisse U._____ au 31 décembre 2007, sachant qu'il allait donner son congé, ajoutant que son assurance était payée partiellement par son employeur, pour autant que des assurances complémentaires soient contractées auprès de la caisse U._____. Il expose en outre les éléments suivants :

"Décembre 2007, je constate que mon assurance est liée à mon contrat de travail, je reste donc assuré à la caisse U._____ jusqu'à la résiliation de mes rapports de travail. Je ne fais donc aucune démarche auprès d'un nouvel assureur. Je reste donc de fait assuré à la caisse U._____ (art. 7 al. 3 LAMal)

Janvier à mars 2008 : les primes de la caisse U._____ sont déduites de mes salaires comme en 2007. Je suis donc persuadé d'être assuré à la caisse U._____. (Voir en annexes, les retenues sur salaires en décembre 2007 et février 2008 montrant que mon employeur retenait les primes de la caisse U._____ sur mes salaires)".

Il explique par ailleurs que sa situation devenait très délicate, puisqu'il n'était plus assuré nulle part. L'intimée pouvait se prévaloir des arriérés de paiement des primes pour ne plus le couvrir. La caisse P._____ lui avait remboursé les primes de cette année en raison du différend avec l'intimée. Il comptait donc sur la justice pour faire appliquer rétroactivement sa demande.

d) Dans sa duplique du 2 novembre 2009, l'intimée a confirmé sa position, à savoir que le recourant lui est redevable des primes pour

l'assurance obligatoire des soins pour les mois de janvier à mars 2008. Elle est toutefois disposée à répondre à la requête du recourant d'être assuré jusqu'au 31 mars 2008 auprès de la caisse U._____, pour autant qu'il lui fasse parvenir une attestation de la caisse U._____ confirmant la couverture d'assurance obligatoire des soins pour la période en question.

e) Le dossier de la cause a été repris par un nouveau juge instructeur le 1^{er} janvier 2012. Le 26 janvier 2012, ce dernier a invité la caisse U._____ à lui communiquer le dossier complet du recourant. A la demande de la caisse U._____, il a été précisé en date du 2 février 2012 que la demande concernait la LAMal et plus particulièrement le point de savoir jusqu'à quelle date le recourant avait payé les primes de l'assurance obligatoire des soins à la caisse U._____ et avait été assuré à ce titre (assurance obligatoire des soins [AOS]) auprès de la caisse précitée.

f) Par lettre du 20 février 2012, la caisse U._____ a exposé ce qui suit :

"Après vérification dans notre système informatique, il s'avère que Monsieur D._____ a été assuré auprès de la caisse U._____ dans l'assurance obligatoire des soins jusqu'au 31 décembre 2007.

Jusqu'à cette date il disposait, d'une assurance [...] AOS pour une prime de FR. 191.00 moyennant une franchise de FR. 2'500.00.

Il ne nous a pas été possible de vérifier si les primes ont été payées jusqu'à la date de la fin de la couverture d'assurances. En effet, la caisse U._____ a été reprise par le Groupe [...] au 1^{er} janvier 2008 et la comptabilité propre à la caisse U._____ pour la période antérieure n'est plus accessible par voie informatique.

Cela étant, nous partons du principe que l'ensemble des primes d'assurance obligatoire des soins a été payé jusqu'au 31 décembre 2007.

Par la suite Monsieur D._____ a été assuré dans la seule assurance complémentaire [...] et ce, jusqu'au 31 mars 2008.

Nous précisons au surplus que Monsieur D. _____ était assuré par l'intermédiaire d'un contrat collectif de l'Entreprise K. _____".

g) Cette correspondance a été soumise aux parties.

Dans ses déterminations du 9 mars 2012, l'intimée a indiqué qu'elle n'était pas en mesure d'accéder à la requête du recourant, la caisse U. _____ ayant confirmé l'affiliation du recourant à l'assurance obligatoire des soins jusqu'au 31 décembre 2007 uniquement.

Dans ses déterminations du 11 mars 2012, le recourant a relevé qu'en sa qualité d'employé de l'entreprise K. _____, il ne lui était pas possible de n'être assuré que pour les assurances complémentaires. Il était dès lors forcément assuré également pour la LAMal par la caisse U. _____ jusqu'au 31 mars 2008.

E n d r o i t :

1. a) La voie du recours au Tribunal cantonal est ouverte contre la décision sur opposition rendue en application des dispositions de la loi sur l'assurance obligatoire des soins (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10] ; art. 56 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]). La contestation porte sur le paiement d'un montant inférieur à 30'000 fr., de sorte que le juge unique est compétent pour statuer (art. 94 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

b) Le recours du 9 mai 2009 a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision sur opposition du 8 avril précédent (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1], laquelle loi est en principe applicable en vertu de l'art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars

1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]); il est en outre recevable au regard des art. 56 à 60 LPGA, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. En l'espèce, avant d'examiner le bien-fondé du montant réclamé et de la mainlevée prononcée, il convient de trancher la question de l'anticipation de la couverture d'assurance auprès de l'intimée au 1^{er} janvier 2008, le recourant faisant valoir que son employeur a payé les primes auprès de la caisse U._____ pour le 1^{er} trimestre 2008, raison pour laquelle l'affiliation auprès de l'intimée devait débuter le 1^{er} avril 2008.

a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 271 consid. 5b). Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. Quant aux art. 2 à 6 de l'ordonnance (OAMal), ils prévoient les personnes qui sont exceptées de l'obligation de s'assurer. L'obligation de payer les primes découle de l'art. 61 LAMal ; elle constitue la contrepartie de l'obligation de l'assureur d'assumer la prise en charge des événements assurés. Elle est la conséquence juridique impérative de toute affiliation auprès d'une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RJAM 1980 p. 161 ; 1981 p. 61). Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 OAMal).

Les assureurs doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré (paiement des primes selon les art. 61ss LAMal et des participations selon l'art. 64 LAMal) par la voie de l'exécution forcée selon la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP) ou par celle de la compensation (Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 124 ad art. 4).

b) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en

principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 c. 2c).

c) Quoiqu'en dise le recourant, il convient de retenir que ce dernier n'était plus affilié auprès de la caisse U._____ au-delà du 31 décembre 2007, élément que la caisse U._____ a confirmé à plusieurs reprises (fax du 29 avril 2008, fax du 18 juin 2009 et lettre du 20 février 2012). Cet élément n'est pas contesté par le recourant lequel a admis qu'il avait résilié son assurance obligatoire des soins dans le cadre d'un contrat collectif pour ledit terme (réplique du 6 septembre 2009). Dans ce contexte, c'est à juste titre que la caisse M._____ a affilié le recourant dès le 1^{er} janvier 2008, l'interruption de la couverture d'assurance obligatoire des soins étant prohibée par l'art. 7 LAMal. On ajoutera que la caisse précitée s'était toutefois déclarée prête à revoir sa position si la caisse U._____ était en mesure de lui fournir une attestation de couverture couvrant le 1^{er} trimestre 2008. Tel n'a pas été le cas, le recourant n'ayant pas produit d'attestation selon laquelle la caisse U._____ se serait engagée à l'assurer sans interruption de la couverture d'assurance.

Les explications que le recourant a fournies pour justifier son refus de payer à la caisse M._____ les primes des mois de janvier à mars 2008 sont confuses et ne sauraient, en tout état de cause, être déterminantes pour la résolution du cas d'espèce. Ainsi, il semble qu'en raison de la fin de ses rapports de service au 31 mars 2008, le recourant s'est déclaré persuadé que sa résiliation n'était pas valable et que par conséquent, il restait affilié pour l'assurance obligatoire des soins auprès de la caisse U._____. Toutefois, le recourant n'a ni reçu de réponse de la caisse U._____ dans ce sens, ni sollicité de décision de cet assureur sur ce point, faisant valoir que son ancien employeur avait opéré une retenue salariale pour payer les primes auprès de la caisse U._____ avec effet au

31 mars 2008. Sur ce point, il sied de rappeler que la caisse U._____ a confirmé par fax du 18 juin 2009 qu'elle n'avait pas facturé à l'entreprise des primes en faveur de l'assuré. A cela s'ajoute le fait que le recourant n'a apparemment jamais éclairci la situation avec son ancien employeur, partant du principe que ce dernier s'était acquitté des primes en question. Or, depuis 2008, le recourant n'a pas été en mesure de prouver que son ancien employeur avait opéré un tel versement en faveur de la caisse U._____. En définitive, le recourant ne saurait se prévaloir d'une retenue salariale pour justifier son refus de s'acquitter des primes dues à l'intimée pour le 1^{er} trimestre 2008, la caisse U._____ ayant clairement confirmé l'absence de paiement de primes en faveur du recourant pour la période précitée.

d) Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que la caisse M._____ a valablement anticipé l'affiliation du recourant pour la période postérieure au 31 décembre 2007, en raison de la résiliation par l'assuré pour le terme précité de son assurance obligatoire des soins auprès de la caisse U._____. Il en découle à charge du recourant, l'obligation de s'acquitter des primes d'assurance corrélatives.

3. Subsiste l'examen du montant réclamé et du bien-fondé de la mainlevée prononcée par l'intimée.

Les montants sur lesquels porte la décision querellée sont les suivants :

Fr.	475.80	pour les primes du premier trimestre 2008
Fr.	80.00	pour les frais d'ouverture de dossier
Fr.	30.00	pour les frais de sommation
Fr.	585.80	total (sans les frais du commandement de payer)

Ces montants ne sont pas contestés en eux-mêmes. Par la décision attaquée, la caisse intimée réclame au recourant 30 fr. de frais de sommation (rappel) et 80 fr. au titre de frais d'ouverture du dossier (frais

administratifs). Ces montants paraissent appropriés compte tenu des circonstances et doivent être confirmés. La caisse, pas plus que le juge des assurances, n'est en droit de mettre les frais de poursuite à la charge des assurés. De tels frais sont l'accessoire de la créance en poursuite, dont ils suivent le sort (cf. art. 68 LP [loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite, RS 281.1]; voir notamment JdT 1974 II 95, avec note de P.-R. Gilliéron; JdT 1979 II 127; cf. aussi RAMA 5/2003 n° KV 251 p. 226 c. 4). *In casu*, cette règle a été respectée, le montant faisant l'objet de la décision entreprise ne comprenant ni les frais du commandement de payer, ni les frais d'encaissement. Cela étant, l'intimée a expressément attiré l'attention du recourant sur le fait qu'il lui était redevable des frais de poursuite et d'un intérêt moratoire de 5 % sur ses primes arriérées, conformément au sort de la créance déduite en justice. L'intimée était en outre fondée à prononcer la mainlevée de l'opposition (cf. ATF 131 V 147 c. 6.2), ce qui est conforme à l'ordre légal et n'est pas contesté par le recourant.

Vérifié d'office, le calcul effectué par la caisse n'est infirmé par aucune pièce versée au dossier constitué, de sorte qu'il doit être confirmé.

4. En définitive, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise. Il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, au demeurant non assisté, qui succombe (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la juge unique
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 8 avril 2009 par la caisse M. _____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- D. _____ (recourant), à [...],
- Caisse M. _____, à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :