

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mars 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Bérberat et Durussel, juges
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

P. _____, à (...), recourante,

et

CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS, à Vevey,
intimée.

Art. 9 et 17 LPGA ; art. 87 à 88^{bis} RAI ; art. 66^{bis} RAVS

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante du [...], sans formation professionnelle, femme au foyer, est mariée et mère de neuf enfants, tous majeurs à ce jour.

Par décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) du 6 février 2009, elle a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2005 au 31 juillet 2007, puis d'une rente entière dès le 1^{er} août 2007, en raison notamment d'un diabète de type II, d'une cardiopathie dilatée et d'une polyarthropathie des épaules, du rachis et des genoux.

Elle a également été titulaire d'une allocation pour impotence de gravité moyenne, depuis le 1^{er} avril 2013, allouée par décision du 20 novembre 2014. Cette décision faisait suite à une enquête au domicile de l'assurée du 26 août 2014 dont il ressortait qu'elle présentait d'importantes limitations fonctionnelles, entraînant un besoin d'aide pour exécuter trois actes ordinaires de la vie quotidienne, à savoir se vêtir, faire sa toilette/soins du corps (laver les cheveux, le dos et entretenir les pieds, accompagnement pour la douche quotidienne afin d'éviter tout risque de chute) et se déplacer/entretenir des contacts sociaux. Elle avait en outre besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (besoin d'une aide systématique pour effectuer les repas et entretenir son logement, à raison de 6h30 par semaine).

B. L'assurée a atteint l'âge ordinaire de la retraite en 2016 et a été mise au bénéfice d'une rente, ainsi que d'une allocation pour impotent de l'assurance-vieillesse et survivants (décision du 13 juin 2016 de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS [ci-après : la Caisse ou l'intimée]).

Le 1^{er} octobre 2017, l'assurée a répondu à un questionnaire de révision de l'allocation pour impotent en faisant état, pour l'essentiel, des

mêmes limitations que précédemment. Elle a répondu à un questionnaire complémentaire le 23 octobre 2017.

Le 20 novembre 2017, la Dresse [...], nouvelle médecin traitante de l'assurée, a pour sa part également répondu à un questionnaire relatif à l'allocation pour impotent, en indiquant que le besoin d'aide constaté jusqu'alors paraissait surévalué et que sa patiente pouvait effectuer seule les différentes activités de la vie quotidienne.

Au vu de ces renseignements, l'OAI a mené une nouvelle enquête à domicile. Dans un rapport du 2 juillet 2018, l'enquêtrice a constaté que la vue ainsi que l'état respiratoire s'étaient améliorés depuis la dernière enquête. La problématique au niveau des mains était également moindre, alors que les troubles de l'équilibre, les vertiges et les troubles de la mobilité restaient présents. L'enquêtrice a ainsi constaté que l'assurée n'avait plus besoin d'aide pour se vêtir, étant capable de s'habiller seule, quand bien même cela lui demandait un effort important en raison des douleurs et de limitations de mouvements. L'enquêtrice a également constaté que l'assurée n'avait pas besoin d'aide pour se lever, pour manger ni pour aller aux toilettes. Elle avait besoin d'aide pour se baigner et se doucher, ainsi que pour se déplacer à l'extérieur. L'enquêtrice n'a pas constaté de besoin d'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie.

Le 17 août 2018, la Dresse [...], médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a considéré que l'analyse de l'enquêtrice était cohérente et que le besoin d'accompagnement ne se justifiait plus d'un point de vue médical.

Par décision du 14 septembre 2018, la Caisse a réduit l'allocation pour impotent allouée à l'assurée à une allocation pour une impotence de degré faible, avec effet au 1^{er} novembre 2018. En substance, elle a considéré, sur la base d'un préavis de l'OAI, que l'aide de tiers était nécessaire pour deux actes ordinaires de la vie (faire sa

toilette, ainsi que se déplacer et entretenir des contacts sociaux), mais qu'il n'y avait plus besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, si ce n'est une aide d'une durée moyenne inférieure à 2 heures par semaine.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 10 novembre 2018, faisant valoir qu'elle avait toujours besoin d'aide pour les actes "se vêtir/se dévêtir", "faire sa toilette" et "se déplacer/entretenir des contacts sociaux". Selon elle, son état de santé s'était détérioré depuis son accident en décembre 2017. Une intervention chirurgicale de son épaule était prévue avec le Dr [...] sous réserve de l'accord de son diabétologue. Elle a également expliqué que sa nouvelle médecin, la Dresse [...], n'avait qu'une connaissance partielle de son cas lorsqu'elle avait complété le rapport médical du 20 novembre 2017. A l'appui de son opposition, l'assurée a produit un rapport du 9 octobre 2018 établi par la Dresse [...], à la teneur suivante:

"Suite à une chute sur son épaule gauche en décembre 2017, Mme P._____ présente une épaule gauche gelée avec une déchirure transfixiante du tendon sus-épineux. De fait elle a perdu de l'amplitude dans les mouvements de son épaule et nécessite de l'aide pour les activités de la vie quotidienne. Elle sera opérée prochainement par le Dr [...], orthopédiste à l'hôpital de [...]"

La Caisse cantonale vaudoise de compensation a maintenu sa position par décision sur opposition du 13 octobre 2018.

C. Par acte du 23 novembre 2018, P._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 13 octobre 2018, concluant implicitement au maintien d'une allocation pour impotent de degré moyen.

L'OAI s'est déterminé le 24 janvier 2019 en concluant au rejet du recours et au maintien de la décision contestée, observant néanmoins que la partie intimée à la procédure était la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS.

Par courrier du 6 février 2019, la recourante a indiqué que la Dresse [...] avait renoncé à la suivre, en raison d'un dossier médical trop compliqué.

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-vieillesse et survivants (art. 1 al. 1 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]). Les décisions et les décisions sur opposition prises par les caisses cantonales de compensation peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton où la caisse de compensation a son siège (art. 56 al. 1 LPGA et 84 LAVS), 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. Est litigieuse en l'espèce la réduction, par voie de révision, de l'allocation pour impotent de degré moyen allouée à l'assurée par décision du 13 juin 2016, à une allocation pour impotent de degré faible. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si l'état de santé de l'intéressée s'est amélioré substantiellement depuis la décision du 13 juin 2016 au point de justifier la révision de son droit à l'allocation pour impotent.

3. a) Suivant l'art. 43^{bis} al. 1 LAVS, ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse domiciliés en Suisse qui présentent une impotence grave, moyenne ou faible. Aux termes de l'art. 43^{bis} al. 5 LAVS, les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) sont applicables par analogie en ce qui concerne la notion et l'évaluation de l'impotence.

b) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42^{bis} al. 5 est réservé (al. 3).

c) L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ;

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un

accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ;

- d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ;

- de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ;

- de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou

- d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

d) Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2015 (état au 1^{er} janvier 2018), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;

- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées).

De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c ; 106 V 159 consid. 2b).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2 ; ch. 8011 CIIAI).

Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (Pratique VSI 1996 p. 182, RCC 1979 p. 272) ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p.364) ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126 ; ch. 8026 CIIAI).

L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même. L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les

personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8029 et 8030 CIIAI).

e) On ajoutera que, conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (RCC 1989 p. 228 et les références citées ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 609 n° 2263).

f) Il sied encore de rappeler qu'une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93).

4. a) En vertu de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en

conséquence, ou encore supprimée. L'art. 35 al. 2 RAI prévoit que lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88^{bis} sont applicables.

Selon l'art. 87 al. 1 RAI, la révision a lieu d'office :

- lorsqu'en prévision d'une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence, ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance (let. a) ;

- ou lorsque les organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (let. b).

L'art. 88a al. 1 RAI précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations par voie de révision, l'art. 88^{bis} al. 2 RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet :

- au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ;

- rétroactivement à la date à laquelle elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (let. b).

b) A l'occasion d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le droit à la prestation s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; I 25/2007 du 2 avril 2007 consid. 3.1).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 ; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006 consid. 2.2).

5. a) En l'espèce, dans le cadre de la procédure de révision, l'intimée a tout d'abord recueilli le rapport de la Dresse [...], médecin traitante de la recourante. Elle indiquait ainsi le 30 novembre 2017 que le besoin d'aide était surévalué, précisant que pour toutes les activités de la vie quotidienne, sa patiente pouvait les faire seule. Dans ce contexte, la Caisse a diligenté une enquête au domicile de l'assurée, dont les conclusions font l'objet d'un rapport daté du 2 juillet 2018. Il convient de s'y référer dès lors qu'il fait état d'un compte-rendu circonstancié des troubles et des difficultés affectant le quotidien de l'assurée, ainsi que de l'assistance requise par cette dernière, pour mener à bien l'accomplissement des actes courants de la vie quotidienne. Ce document, étayé et exempt de contradictions, satisfait aux réquisits jurisprudentiels énoncés supra sous considérant 3f pour se voir octroyer une pleine valeur probante et fonder l'examen du droit litigieux.

b) Contrairement à ce que soutient la recourante, la situation décrite par l'enquêtrice apparaît objectivement bien différente de celle prise en considération dans le cadre de la précédente enquête du 26

août 2014. En effet, depuis lors, l'assurée a été opérée de la main droite, puis de la main gauche, ainsi que de la cataracte. La situation au niveau respiratoire s'est stabilisée et l'assurée ne présente plus d'essoufflement au moindre effort et peut se passer d'un CPAP [Continuous positive airway pressure] la nuit. L'amélioration de la vue de l'assurée, la diminution de ses problèmes de motricité fine ensuite des opérations des mains et de ses difficultés respiratoires lui permettent d'avoir davantage d'autonomie à domicile. Les problèmes d'épaules continuent certes à la limiter dans diverses activités, en particulier pour faire sa toilette et pour les travaux ménagers lourds mais ils ne sont en revanche pas incompatibles avec des activités ménagères et de cuisine légères.

S'agissant des actes élémentaires de la vie quotidienne, l'enquêtrice a ainsi constaté, comme c'était le cas dans la précédente enquête, que l'assurée n'avait pas besoin d'aide pour se lever, pour manger ni pour aller aux toilettes mais qu'elle devait toujours être aidée pour se baigner et se doucher, ainsi que pour se déplacer. En revanche, l'enquêtrice a retenu que l'assurée pouvait désormais se vêtir seule. Elle a en effet observé que l'intéressée pouvait mettre toutes les pièces d'habits dans un temps normal de quelques minutes, alors qu'auparavant, elle avait besoin d'une aide directe pour s'habiller, que ce soit pour enfiler la totalité des habits les jours d'intenses douleurs ou pour les détails tels que l'enfilage ou l'ajustement de certains vêtements ou pour crocher le soutien-gorge. L'enquêtrice a certes indiquée que l'acte de se vêtir demandait un effort important de la part de l'assurée, en raison des douleurs et des limitations de mouvements qu'elle présente. Cela étant, on rappellera que même si l'accomplissement des actes ordinaires de la vie est ardu ou lent, il ne suffit en principe pas à justifier un cas d'impotence (arrêt du TF 9C_633/2012).

L'enquêtrice expose également de façon circonstanciée que l'assurée ne nécessite plus un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, puisqu'elle peut désormais assumer une grande partie de son ménage (remplir et vider le lave-vaisselle, faire les nettoyages à sa hauteur, lavabo, poussière en fractionnant, remplir et

vider la machine à laver le linge en étant assise, étendre le linge à hauteur, plier le linge en étant assise, possibilité d'utiliser des moyens auxiliaires tel que des brosses avec manche télescopique pour nettoyer la douche ou balayer) et préparer seule ses repas (réchauffer un repas, faire un repas vite fait pour lequel elle ne doit pas porter de gros plat ni de casserole, couper et peler des aliments en étant assise). L'enquêtrice a ainsi constaté que si l'assurée vivait seule, elle aurait uniquement besoin d'aide pour les sols, pour les grands travaux de nettoyage et pour porter la lessive, savoir une aide de moins de deux heures par semaine, alors qu'auparavant une aide systématique était requise pour effectuer les repas et entretenir son logement, à raison de 6h30 par semaine.

L'attestation de la Dresse [...] n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'enquête du 2 juillet 2018. En effet, l'enquêtrice a pu prendre en considération les conséquences de la chute survenue sur l'épaule en décembre 2017 puisqu'elle a établi son rapport en juillet 2018. Par ailleurs, la Dresse [...] ne revient pas sur son évaluation du 20 novembre 2017, au terme de laquelle elle considérait que l'aide octroyée à sa patiente était surévaluée.

On peut donc constater, avec l'intimée, que l'impotence a diminué, passant d'un degré moyen à un degré faible, puisqu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'est plus requis. Il n'en irait pas autrement si l'on devait admettre un besoin d'aide pour se vêtir (cf. art. 37 al. 2 RAI), comme l'allègue l'assurée.

6. Vu l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition rendue par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS le 13 octobre 2018.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante 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 sur opposition rendue le 13 octobre 2018 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- P. _____, à [...],
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, 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 :