

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mars 2014

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mme Röthenbacher et M. Métral
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

V._____, à **B.**_____, recourant, représenté par sa mère **G.**_____, à
B._____,

et

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

Art. 12 al. 1 et 13 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'enfant, le recourant ou l'assuré) présente depuis sa naissance le 29 août 1995 un syndrome polymalformatif de Fryns, associant différentes malformations dont une hernie diaphragmatique, opérée, une cardiopathie, une surdité neurosensorielle bilatérale, appareillée, ainsi qu'un retard mental (QI<60) et du développement pour lesquels l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) lui a alloué différentes mesures médicales, des moyens auxiliaires et une allocation d'impotence. L'assuré a bénéficié d'un encadrement institutionnel, tout d'abord à la fondation Z._____, à Q._____, puis à l'institution K._____, à E._____.

Dans un rapport du 14 janvier 2010 à l'OAI, la Drsse R._____, médecin pédiatre traitant de l'assuré, faisait état d'importants troubles du comportement sous forme d'agressivité, d'impulsivité et d'angoisses, ayant motivé la prescription du médicament Risperdal. Ce médecin précisait que cette prescription était liée à l'infirmité congénitale, à savoir le retard mental important associé au syndrome de Fryns.

En date du 4 novembre 2010, le Dr H._____, spécialiste en oto-rhyno-laryngologie et en phoniatrie, médecin traitant de l'assuré, a confirmé auprès de l'OAI les diagnostics de syndrome polymalformatif de Fryns et de surdité neurosensorielle bilatérale moyenne et précisé que le port des audioprothèses montrait une excellente réhabilitation en ramenant les seuils aux alentours de 20 dB sur les fréquences conversationnelles principales.

En date du 17 juin 2011, l'assuré, représenté par sa mère, a présenté à l'OAI une demande de prise en charge de séances d'ergothérapie hebdomadaires pour une durée de deux ans à partir du 1^{er} mars 2011, mentionnant le diagnostic d'épilepsie congénitale (387) et annexant à la demande un rapport d'évaluation du 16 mai 2011 de l'ergothérapeute F._____ ainsi qu'une ordonnance ad hoc du 25 mai

2011 de la Drsse W._____, médecin pédiatre traitant de l'assuré, laquelle précisait que l'objectif du traitement était d'améliorer et maintenir les fonctions corporelles. L'ergothérapeute observait un trouble important du traitement des informations sensorielles, spécialement au niveau proprioceptif et résultant en une insécurité gravitationnelle massive. Elle relevait encore que lorsque l'assuré avait peur ou se sentait menacé, il devenait agressif. Compte tenu du trouble du comportement de son patient, l'objectif premier de sa prise en charge était lié à la participation aux activités thérapeutiques institutionnelles.

Invitée par l'OAI à se prononcer sur l'atteinte à la santé justifiant sa prescription, la situation actuelle, la description des troubles neurologiques ou neuropsychologiques ainsi que l'évolution de la situation depuis le début de la prise en charge, la Drsse W._____ a posé les diagnostics de syndrome de Fryns, retard psychomoteur, surdité bilatérale et scoliose, précisant que l'état de santé de son patient était inchangé, qu'aucune mesure médicale n'était susceptible d'améliorer de façon importante la possibilité d'une réadaptation à la vie active dans le futur et qu'il avait notamment besoin d'un suivi sous forme d'ergothérapie et de prescription de Risperdal. A réception de ce rapport le 1^{er} mai 2012, l'OAI a sollicité des informations complémentaires, dès l'instant où le rapport ne traitait pas les questions spécifiques posées dans le cadre de l'étude de la prorogation du droit au traitement d'ergothérapie.

En date du 28 septembre 2012, toujours représenté par sa mère, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI, dont la teneur est la suivante :

« Je me réfère à l'entretien téléphonique que nous avons eu ce jour et vous informe de ce qui suit :

- En juin 2009 sauf erreur, la Doctoresse R._____, pédiatre, avait prescrit le début du traitement médical de Risperdal pour mon fils V._____.

- A l'heure actuelle, V._____ suit toujours ce traitement, le médicament s'appelle Risperidone et il est maintenant prescrit par la Doctoresse W._____ de l'Institution K._____ à E._____ où V._____ séjourne en internat depuis août 2009.

Jusqu'à aujourd'hui le traitement a toujours été pris en charge par la caisse-maladie A._____ auprès de laquelle V._____ est assuré. Par ce courrier, je souhaite que vous examiniez la possibilité d'une prise en charge de ce médicament par l'office AI. »

Par courrier du 30 novembre 2012, l'OAI a vainement sommé la Dsse W._____ de compléter son rapport dans un délai échéant au 7 janvier 2013.

Dans un avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 25 janvier 2013, le Dr T._____ relevait que la dimension psychologique et le retard mental ne pouvaient être retenus dans la liste de l'article 13 LAI et qu'en conséquence, le traitement de l'assuré, en particulier la prescription de Risperdal, ne pouvait être pris en charge dans le cadre des infirmités congénitales relatives au syndrome de Fryns.

Du rapport du 17 décembre 2012 du Dr S._____, médecin pédiatre sollicité par l'OAI dans le cadre d'une révision du droit à l'allocation d'impotence, il ressortait notamment que l'assuré présentait toujours des troubles du comportement avec agressivité et impulsivité, angoisse, traités par Risperdal, ce traitement permettant la stabilisation de la situation comportementale, sans aggravation.

Le 13 février 2013, l'OAI a communiqué à la mère de l'assuré un projet de décision refusant la prise en charge du traitement d'ergothérapie comme celle du traitement médicamenteux, faisant valoir que l'affection polysymptomatique dont souffrait l'assuré, comme le retard mental et sa dimension psychologique, ne figuraient pas en tant que tels dans la liste des infirmités congénitales et n'ouvraient pas, de ce fait, un droit à des mesures médicales pour elles-mêmes.

Dans ses déterminations du 28 février 2013, la mère de l'assuré a rappelé que son fils présentait également une cardiopathie à risque modéré et une surdité neurosensorielle très importante. Celle-ci générerait de très grandes difficultés à comprendre et à se faire

comprendre, d'où les troubles du comportement nécessitant l'ergothérapie et la prescription de Risperdal.

Le 1^{er} mars 2013, le Dr H._____ a relevé que sur le plan audiologique, il n'existait pas de problèmes particuliers et les appareils fonctionnaient à satisfaction, tout en étant portés régulièrement. La communication de l'enfant passait par le langage, avec une certaine stagnation et un certain nombre de signes. La prise en charge logopédique avait été interrompue, car arrivée à son plafond. Dans un rapport complémentaire du 25 mars 2013, le Dr H._____ précisait que le problème de la surdité de l'assuré sur les aigus était bien compensé par les audioprothèses et n'entraînait que pour une part très modeste dans les difficultés de l'intéressé. Selon le Dr H._____, le problème principal de son patient était développemental plutôt qu'auditif.

Le 5 avril 2013, l'OAI a rendu une décision de refus de mesures médicales dont la teneur est la suivante :

« Vous faites valoir que votre fils présente, outre un retard psychomoteur et des troubles du comportement, une cardiopathie à risque modéré et une surdité neurosensorielle très importante. De plus votre fils n'a pas l'usage de la parole, donc de très grandes difficultés à comprendre et surtout à se faire comprendre. Il en découle bien évidemment les manifestations décrites par les professionnels tels que des troubles du comportement.

C'est cette anomalie qui, à votre sens, doit être prioritairement prise en compte pour l'octroi des mesures médicales (ergothérapie - traitement médicamenteux).

Dans le cadre du traitement de l'infirmité congénitale, l'Al peut allouer des prestations si la preuve est apportée de l'existence d'un lien de causalité qualifié étroit entre l'infirmité congénitale connue et la pathologie secondaire.

Le Dr W._____ ne fait pas état de l'éventuelle existence d'un lien entre la surdité et les troubles du comportement. Votre fils est suivi régulièrement depuis avril 1996 par l'unité de phoniatrie de l'hôpital M._____/ORL. L'existence d'un trouble du comportement n'est rapportée dans aucun des rapports établis par l'unité précitée.

Votre lettre n'apporte aucun élément nouveau susceptible de revoir notre point de vue. Nous ne pouvons que maintenir notre projet de décision du 13 février 2013 à teneur suivante :

« En date du 17 juin 2011, d'entente avec le Cabinet d'ergothérapie L. _____ [cabinet d'ergothérapie, spécialisé dans le domaine de la pédiatrie, réd.], vous nous avez demandé la prise en charge d'un traitement d'ergothérapie prescrit par Mme Dr W. _____.

Le 28 septembre 2012, vous nous avez demandé d'examiner la prise en charge du traitement médicamenteux (Risperdal - Risperidone) prescrit par le Dr R. _____ en 2009 puis par le Dr W. _____.

Les assurés âgés de moins de 20 ans ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement d'infirmités congénitales reconnues (art. 13 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)). Ces affections sont mentionnées de façon exhaustive dans la liste annexée à l'ordonnance y relative (OIC).

Votre fils est connu pour une affection polysymptomatique, qui ne figure pas en tant que telle dans la liste des infirmités congénitales et n'ouvre pas, de ce fait, un droit à des mesures médicales pour elle-même.

En pareil cas, nous examinons si les symptômes particuliers de l'affection de base peuvent être eux-mêmes réputés infirmité congénitale.

C'est ainsi que le traitement des infirmités congénitales selon chiffres 313 - 201 et 281 OIC - est pris en charge selon communication du 19 juin 1996.

Les rapports établis le 1^{er} mai 2012 par le Dr W. _____ et le 17 juin 2011 par Mme F. _____ ergothérapeute au Cabinet d'ergothérapie L. _____ décrivent l'existence d'un retard psychomoteur ainsi que de troubles du comportement exigeant ergothérapie et Risperdal.

Le Dr W. _____ ne décrit pas l'éventuelle existence d'un lien entre la surdité et les troubles du comportement. Aucun des rapports établis depuis 1996 par l'unité de phoniatrie et de logopédie de l'hôpital M. _____ ne décrit l'existence d'une telle problématique.

Le retard mental et sa dimension psychologique, si importants soient-ils, ne figurent pas dans la liste des infirmités congénitales et leur traitement ne peut être pris en charge sous le couvert des infirmités congénitales reconnues conclut le service médical régional ».

L'art. 13 LAI est dès lors inapplicable. »

B. En date du 3 mai 2013, recours a été déposé contre cette décision par l'assuré, représenté par sa mère laquelle se fondait, pour valoir motivation, sur une attestation de la Drsse W. _____ du 25 avril 2013, pour conclure à la prise en charge des traitements par l'intimé. Ce médecin considérait qu'il incombait à l'intimé de revoir son refus, au vu du syndrome polymalformatif de Fryns présenté par son patient et de ses conséquences, soit une déficience intellectuelle, une absence de langage

et des troubles du comportement, une surdité importante, une cardiopathie sous forme d'une communication inter-ventriculaire modérés, outre les autres symptômes actuellement traités.

Dans sa réponse du 9 juillet 2013, l'OAI a rappelé les conditions légales de la prise en charge du traitement d'une infirmité congénitale ou d'une atteinte secondaire à une telle infirmité et a conclu au rejet du recours aux motifs que le syndrome polymalformatif de Fryns comme l'absence de langage ne faisaient pas partie de la liste des infirmités congénitales de l'OIC, que le lien de causalité entre la surdité et les troubles du comportement devait être considéré comme inexistant au vu des rapports du Dr H. _____ du 4 novembre 2010 et du 25 mars 2013 comme de l'absence de rapport pédopsychiatrique attestant d'un tel lien. L'OAI observait plus particulièrement que la déficience intellectuelle sévère, et non la surdité, était à l'origine de l'empêchement de l'assuré de comprendre le langage et de se faire comprendre. Or, la déficience intellectuelle avait pour cause un syndrome ne constituant pas une infirmité congénitale au sens de l'OIC. Enfin, l'OAI considérait encore que la prise en charge du traitement des troubles comportementaux n'entraient pas en ligne de compte en application de l'article 12 LAI dans la mesure où la condition cumulative d'une augmentation importante de la capacité de gain par le biais de la mesure médicale n'était pas réalisée. A l'appui de cette conclusion, l'OAI produisait un rapport du 7 juin 2013 du Dr T. _____ du SMR attestant d'une capacité de travail nulle.

Par écriture du 26 septembre 2013, le recourant a réitéré ses conclusions, se prévalant d'une part du rapport de la Drsse R. _____ du 14 janvier 2010 et d'autre part du rapport de la Drsse W. _____ du 26 septembre 2013, laquelle considérait que la prescription de Risperdal devait être prise en charge par l'OAI dans la mesure où le trouble du comportement était secondaire au syndrome de Fryns avec retard mental.

L'OAI a confirmé ses conclusions en rejet du recours dans ses déterminations du 14 octobre 2013.

E n d r o i t :

1. **a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge expressément.

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) ; en outre, il est recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

c) A teneur de ses art. 1 et 2 al. 1 let. c, la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique au présent recours porté devant la cour de céans, cette dernière étant compétente pour en connaître (art. 57 LPGA ; art. 93 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse potentiellement supérieure à 30'000 fr.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures médicales de l'assurance-invalidité, plus particulièrement à la prise en charge par l'intimé d'un traitement d'ergothérapie et d'un traitement médicamenteux.

3. **a)** Aux termes de l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2).

La notion d'infirmité congénitale est définie de manière générale à l'art. 3 al. 2 LPGA disposant qu'est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. La prise en charge des traitements médicaux, dans le cadre de l'assurance-invalidité, est définie par les prescriptions spéciales de la législation sur l'assurance-invalidité, notamment l'ordonnance concernant les infirmités congénitales. Celle-ci contient donc une liste, en annexe, qui énumère les infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI (art. 1 OIC [ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985, RS 831.232.21]).

Les mesures médicales accordées conformément à l'art. 13 LAI doivent tendre, en principe, à soigner l'infirmité congénitale elle-même. La jurisprudence admet toutefois qu'elles puissent traiter une affection secondaire, qui n'appartient certes pas à la symptomatologie de l'infirmité congénitale, mais qui, à la lumière des connaissances médicales, en sont une conséquence fréquente ; il doit, en d'autres termes, exister entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire un lien de causalité adéquate qualifié (ATF 129 V 207 consid. 3.3 p. 209). Il n'est pas nécessaire, cependant, que l'affection secondaire soit directement liée à l'infirmité ; des conséquences même indirectes de l'affection congénitale de base peuvent également satisfaire à l'exigence de la causalité adéquate (arrêt I 318/90 du 4 juin 1991 consid. 3b in Pra 1991 n° 214 p. 903 et les références).

Selon le ch. 10 de la Circulaire de l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales) concernant les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) en vigueur au 1^{er} mars 2012, certaines infirmités congénitales présentent des symptômes multiples (infirmités polysymptomatiques ; par ex. trisomie 21) qui sont tous causés par la même affection, laquelle cependant n'est pas susceptible d'être traitée comme telle et en pareil cas, l'AI ne peut accorder les mesures médicales propres au traitement de symptômes isolés de cette infirmité congénitale

que si les conditions particulières requises pour le traitement de chacun d'eux sont remplies.

Il ressort de l'annexe à l'OIC, sous le titre maladies mentales et retards graves du développement, que sont réputées infirmités congénitales, l'oligophrénie congénitale (403), les troubles du comportement des enfants doués d'une intelligence normale, au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts, en concomitance avec des troubles de l'impulsion, de la perception, de la cognition, de la concentration et de la mémorisation, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année (404), les troubles du spectre autistique, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année (405) ainsi que les psychoses primaires du jeune enfant, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année (406).

b) En l'occurrence, le recourant présente des troubles du comportement nécessitant tant un traitement ergothérapeutique que médicamenteux. Cependant, pour qu'il soit considéré comme une infirmité congénitale, le trouble du comportement doit survenir chez un enfant doué d'une intelligence normale. Or, tel n'est pas le cas du recourant, étant rappelé qu'il souffre d'un retard mental. En conséquence, l'octroi des mesures médicales requises sur la base de l'art. 13 LAI ne peut qu'être refusé pour ce seul motif déjà. A cela s'ajoute que la double condition d'un diagnostic et d'un traitement du trouble du comportement avant l'accomplissement de la neuvième année n'aurait de toute façon pas été réalisée.

Le syndrome polymalformatif de Fryns ne figure pas en tant que tel sur la liste de l'OIC. En revanche, certains des symptômes associés à ce syndrome sont répertoriés sur cette liste. Tel pourrait être le cas de la surdité congénitale neurosensorielle, dont le recourant considère qu'elle participe aux troubles du comportement. La surdité congénitale neurosensorielle est considérée comme une infirmité congénitale

lorsqu'existe à l'audiogramme tonal, une perte de l'audition d'au moins 30 dB dans deux domaines des fréquences de la conversation de 500, 1000, 2000 et 4000 Hz (OIC, n°446). Les pièces médicales au dossier ne permettent pas de déterminer l'ampleur de la perte auditive et par conséquent si, dans le cas d'espèce, la surdité du recourant constitue une infirmité congénitale au sens de l'OIC. Néanmoins, si tel était le cas, l'existence d'un lien de causalité entre la surdité et les troubles du comportement n'est pas avérée. En effet, étant rappelé que dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante et qu'il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (ATF 125 V 193 consid. 2 ; 121 V 45 consid. 2a, 204 consid. 6b et la référence), on ne peut en l'occurrence que se référer à l'avis du spécialiste qu'est le Dr H._____, seul médecin à s'être exprimé sur le lien entre la surdité et les troubles du comportement. Plus particulièrement, dans son rapport du 25 mars 2013, il estime que la surdité de son patient n'entre que pour une part très modeste dans ses difficultés et que son problème principal est développemental plutôt qu'auditif. Quant à la Drsse W._____, elle n'explicite pas le lien entre la surdité et les troubles du comportement de son patient.

4. a) Reste à déterminer si l'assuré peut prétendre à l'octroi de mesures médicales en application de l'art. 12 LAI. A teneur de cette disposition, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable (al. 1).

Pour les jeunes assurés, une mesure médicale permet d'atteindre une amélioration durable au sens de l'art. 12 al. 1 LAI lorsque, selon toute vraisemblance, celle-ci se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79 consid. 3b p. 83 ;

101 V 43 consid. 3b p. 50 avec les références). De plus, l'amélioration au sens de cette disposition légale doit être qualifiée d'importante. En règle générale, on doit pouvoir s'attendre à ce que des mesures médicales atteignent, en un laps de temps déterminé, un résultat certain par rapport au but visé (ATF 101 V 43 consid. 3c p. 52 ; 98 V 205 consid. 4b p. 211 s.).

b) En l'espèce, la Drsse W._____ considère qu'aucune mesure médicale n'est susceptible d'améliorer de façon importante la possibilité d'une réadaptation à la vie active dans le futur. Quant au Dr T._____ du SMR, il atteste dans son rapport du 7 juin 2013 d'une capacité de travail nulle. Ainsi ne peut-on que constater que ni le traitement d'ergothérapie ni la prescription de Risperdal ne peuvent être pris en charge par l'OAI sur la base de l'art. 12 al. 1 LAI. En effet, cette disposition pose une condition cumulative à la prise en charge par l'assurance-invalidité d'une mesure médicale : la mesure doit être nécessaire à la réadaptation d'une part et améliorer la capacité de gain ou l'accomplissement des travaux habituels d'autre part. En l'occurrence, même si les traitements litigieux induisent une atténuation des symptômes du trouble du comportement, ils ne permettront pas pour autant une réadaptation, à tout le moins pas une réadaptation qualifiable d'importante et durable, et surtout, n'influeront pas la capacité de travail, laquelle est nulle en raison du syndrome polymalformatif de Fryns.

5. a) En conséquence, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI

; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 5 avril 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de justice arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de V. _____ qui succombe.

- 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 :

- Mme G._____ (pour V._____),
- 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 :