

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 juin 2011

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :     M.    Monod et Mme Rossier, assesseurs  
Greffière     :     Mme    Choukroun

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, recourant, représenté par sa mère, **X** \_\_\_\_\_, à Arzier

et

**E.** \_\_\_\_\_, intimé, à Vevey,

---

**Art. 12 et 13 LAI, 3 al. 2 LPGA, 2 al. 3 OIC**

## **E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le 11 octobre 1997, représenté par sa mère, a déposé auprès de E.\_\_\_\_\_, (ci-après: l'OAI), une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour mineurs, sous la forme de mesures médicales (classe de langage) en date du 15 septembre 2003.

Dans un rapport du 8 septembre 2003, les Dresses J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, K.\_\_\_\_\_ et la logopédiste D.\_\_\_\_\_ du Service psychopédagogique de l'arrondissement de Gland mentionnent ce qui suit :

"1. - Anamnèse (en particulier données sur la situation scolaire) -  
R.\_\_\_\_\_ est le deuxième d'une fratrie de 5 enfants dont 2 jumeaux (dont un est décédé en bas âge). PN 3 kg 740. Grossesse et accouchement sans particularité. A la naissance, bébé hypotone. Allaitement pendant 10 mois. Marche à un an. Langage: à deux ans, quelques mots difficilement compréhensibles puis évolution lente dans sa langue maternelle anglaise comme en français. Ecole maternelle dès deux ans et demi. Sur le conseil des enseignants, un premier bilan logo est effectué. En première enfantine, un deuxième bilan logo, montre de réelles difficultés langagières en anglais et en français. R.\_\_\_\_\_ ne construit pratiquement pas de phrase et un enseignement spécialisé est proposé. Parallèlement une prise en charge ergothérapeutique est mise en place en raison de troubles de la motricité fine et globale. Notions familiales de dyspraxie et de troubles de langage. R.\_\_\_\_\_ est décrit comme un enfant timide, peu sûr de lui, calme. A l'école, R.\_\_\_\_\_ est souvent «collé» à la maîtresse. Il se montre souvent réticent par rapport à des activités scolaires et extra-scolaires dans un registre de manque de confiance en lui et un besoin de beaucoup d'étayage. Il est plutôt en retrait par rapport au groupe, voire exclu en raison de ses problèmes de langage.

2. Examens effectués et résultats (dans le domaine Médical/scolaire/logopédique/psychologique)  
R.\_\_\_\_\_ est un enfant timide, gêné par la situation d'examen. Sa compréhension semble bonne, en revanche, il éprouve une réticence à parler, cherchant le secours de sa mère et quand il s'exprime, son langage est très difficilement compréhensible.  
Son jeu est peu symbolique et son dessin ne représente rien objectivement bien qu'il signifie quelque chose pour lui.  
En résumé, c'est un enfant à l'intelligence normale, fortement inhibé dans la relation à l'autre, peu sûr de lui-même, notamment au niveau du langage, ayant tendance à se renfermer et à refuser les activités."

Selon ce rapport il existe une grave difficulté d'élocution au sens du no 22 ou 23 de la circulaire. Le diagnostic logopédique de dysphasie est en outre posé. Les auteurs du rapport indiquent comme traitement une classe de langage à mi-temps, un traitement logopédique et un traitement psychomoteur par le Centre logopédique et pédagogique de Nyon. La durée prévue est de deux ans. Ils remarquent en outre ce qui suit :

"Il est nécessaire pour R. \_\_\_\_\_ de bénéficier d'un enseignement spécialisé au niveau du langage, faute de quoi, cet enfant renforcera ses défenses d'isolement, son trouble de l'estime de lui-même et ne pourra avancer dans les acquisitions scolaires.

De plus, nous conseillons d'effectuer une évaluation pédopsychiatrique complète d'ici un an en raison de ses difficultés affectives et relationnelles."

Par décision du 9 juin 2004, l'OAI a octroyé à R \_\_\_\_\_ la formation scolaire spéciale sous la forme de contribution aux frais d'école, de logement et de repas en internat et en externat.

Le 9 juin 2005, le Centre logopédique et pédagogique de Nyon a demandé la prolongation de la mesure qui a été accordée par l'OAI selon décision du 1<sup>er</sup> juillet 2005. Cette mesure a été prolongée une nouvelle fois selon décision de l'OAI du 27 juillet 2007.

Le 19 septembre 2007, la mère de l'assuré a demandé la prise en charge par l'OAI de séances de psychothérapie pour son enfant.

Dans un rapport du 14 novembre 2007, le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin-adjoint et la psychologue H. \_\_\_\_\_ de l'hôpital psychiatrique de Prangins, posent les diagnostics suivants :

"Diagnostics (ICD-10):

NF 84.8 — autres troubles envahissants du développement. Etablis pour la première fois en septembre 2005

404 OIC:

- Troubles du comportement avec atteinte pathologique de l'affectivité
- Troubles des pulsions.
- Troubles de la perception (cognitifs)
- Troubles de la concentration
- Troubles de l'attention."

Ils indiquent que l'état de santé de l'assuré s'améliore et que les mesures médicales permettront d'améliorer son intégration ultérieure dans une activité lucrative. Son état nécessite un traitement médical et l'assistance et la surveillance personnelle découlant du handicap entraînent des frais supplémentaires par rapport à une personne non handicapée et du même âge. Il résulte en outre de ce rapport ce qui suit :

" D. Données médicales:

1. Traitement: depuis le 3 août 2005,  
[...]

3. Anamnèse

R. \_\_\_\_\_ est le deuxième d'une fratrie de 5 enfants dont 2 jumeaux (dont un est décédé en bas âge). PN 3 kg 740. Grossesse et accouchement sans particularité. A la naissance, bébé hypotone. Allaitement pendant 10 mois avec une tendance à sucer plus qu'à téter. Troubles de l'endormissement. Marche à un an. Langage: à deux ans, quelques mots difficilement compréhensibles, puis évolution lente dans sa langue maternelle anglaise, comme en français. Ecole maternelle dès deux ans et demi. Sur le conseil des enseignants, un premier bilan logopédique est effectué. En première enfantine, un deuxième bilan logopédique montre de réelles difficultés langagières en anglais et en français. R. \_\_\_\_\_ ne construit pratiquement pas de phrase et un enseignement spécialisé est proposé. Parallèlement, une prise en charge ergothérapeutique est mise en place en raison de troubles de la motricité fine et globale. Notions familiales de dyspraxie et de troubles du langage. R. \_\_\_\_\_ est décrit comme un enfant timide, peu sûr de lui, calme. A l'école, R. \_\_\_\_\_ est souvent "collé à la maîtresse". Il se montre souvent réticent par rapport à des activités scolaires et extra-scolaires dans un registre de manque de confiance en lui et un besoin de beaucoup d'étayage. Il est plutôt en retrait par rapport au groupe, voire exclu en raison de ses problèmes de langage. Enfant qui n'aime pas les changements et qui a tendance à refuser toute nouveauté.

4. Plaintes subjectives:

R. \_\_\_\_\_ présente des angoisses archaïques très envahissantes telles angoisse de dévoration et angoisse de mort. Peur de toute situation nouvelle, difficultés de séparation.

5. Status clinique:

Enfant âgé actuellement de 10 ans, fluet mais faisant son âge, en bonne santé.

6. Examens médicaux spécialisés

7. Plan de traitement (début/durée), pronostic:

Psychothérapie à une séance par semaine depuis janvier 2006, deux séances par semaine depuis septembre 2007. Durée à réévaluer dans 2 ans. Amélioration probable au vu des ressources de cet enfant."

Par lettre du 4 décembre 2007, la psychologue H. \_\_\_\_\_ a complété le point no 7 du rapport en ajoutant une participation aux frais de transport en taxi de l'école à la maison.

Dans un rapport du 19 février 2008, le Dr B.\_\_\_\_\_ et la psychologue H.\_\_\_\_\_ mentionnent ce qui suit :

" 2. Comment se manifestent les troubles

2.1 du comportement? : les troubles du comportement se manifestent par une très grande peur de la nouveauté. Il dit "non" à toutes nouvelles propositions.

Cet enfant est toujours agité en groupe, bouge sans cesse en groupe et a des difficultés de socialisation.

2.2 des pulsions? : R.\_\_\_\_\_ peut être débordé par son agressivité et sa colère par moments. Son angoisse se manifeste dans des jeux destructeurs.

2.3 de la perception ? : R.\_\_\_\_\_ a encore de la peine à distinguer ses fantasmes de la réalité.

2.4 de la concentration ? : R.\_\_\_\_\_ a une bonne capacité de compréhension, quand il est disponible et non envahi par ses angoisses. Il se fatigue encore vite et peut être facilement dispersé.

3. Quel est le QI? : le QI obtenu au WISC-IV est de 86, ce qui correspond à un niveau intellectuel normal faible.

4. D'autres tests ont-ils été effectués? : Un bilan psychologique a été effectué en 2005, dont une copie est ajoutée en annexe.

5. **Il n'y a pas de diagnostic d'hyperactivité.**

6. Quand un traitement spécifique a-t-il été instauré pour la première fois? Une psychothérapie a été instaurée en janvier 2006.

7. Remarque:

**R.\_\_\_\_\_ ne présente pas de syndrome d'hyperactivité, mais un trouble envahissant du développement."**

A ce rapport est joint un bilan psychologique effectué du 3 août \_\_\_\_\_ au 13 septembre 2005, dont il résulte ce qui suit :

"Ces tests ont pour but de confirmer une suspicion de traits psychotiques; pour cela j'ai utilisé le CAT et le Rorschach.

#### Impression générale

R.\_\_\_\_\_ est un garçonnet fluët, paraissant plus jeune que son âge, qui a manifesté très rapidement une grande inquiétude à l'idée de se séparer de sa mère.

Il est scolarisé au CLP en 1<sup>ère</sup> car, il a des difficultés de langage en français et en anglais. Il semble avoir parlé relativement tard, disait 10 mots à 2 ans et n'était compris que par sa mère. A l'école, il manifeste des difficultés avec tout ce qui est nouveau; il éprouve une très grande insécurité et ne va jamais aux anniversaires.

D'emblée il semble avoir des traits obsessionnels, alignant des petites voitures, qui font la course tour à tour.

Quand j'explique qu'il va faire les tests seul avec moi il est angoissé et se montre assez contrôlant avec sa mère dont il exige qu'elle s'installe sur une chaise derrière mon bureau. Elle obtempère et prend des notes.

### CAT et Rorschach

Ces tests ont été très angoissants pour R. \_\_\_\_\_ qui a été très vite débordé par des fantasmes qui vont bien au delà des images présentées, et suscitent par moments une terreur telle qu'il ne peut plus rien raconter. Alors que cet enfant semble avoir une intelligence normale, on constate que les processus secondaires deviennent inopérants lorsque l'angoisse est trop forte. La pensée est alors altérée et R. \_\_\_\_\_ n'arrive pas à se dégager de la perception qui l'effraie. On observe aussi par moments une accélération du cours de la pensée avec, dans le CAT, un remplissage de la planche avec des animaux qui n'y figurent pas.

Il peut néanmoins adhérer en partie à une pensée commune.

Les angoisses sont très envahissantes. R. \_\_\_\_\_ a des angoisses archaïques de dévoration qui apparaissent à plusieurs reprises dans le CAT et qui ont entraîné des réactions d'évitement de l'image et une demande d'aller aux w-c, peut-être pour vérifier son intégrité corporelle? On observe aussi une angoisse de mort et peut-être de solitude dans le CAT.

Dans le Rorschach on relève une crainte pour son intégrité corporelle ainsi que des angoisses de chute, de morcellement, d'annihilation, d'effondrement et d'être écrasé.

En ce qui concerne les pulsions et les fantasmes, alors que l'oralité est au premier plan, avec une forte avidité, un géant qui crache et de nombreux animaux qui dévorent, l'analité est bien présente et non dépassée dans les 2 tests il voit un géant et des animaux "doing pee and pouh".

L'agressivité est forte avec des fantasmes de type agi, des fantasmes de destruction, mais aussi des fantasmes d'agression subie. On relève aussi des fantasmes masochiques, illustrés par des personnages sans tête dans le Rorschach.

En ce qui concerne la scène primitive, il est tout à fait bloqué dans le CAT devant la planche qui peut suggérer de tels fantasmes.

Dans le Rorschach la planche 6 qui représente un symbole phallique le perturbe beaucoup et affecte la cohérence de sa pensée qui devient peu compréhensible.

Plusieurs réponses montrent aussi que R. \_\_\_\_\_ est un enfant avec une grande sensibilité et qu'il a un fort besoin d'affection.

Les défenses qu'il utilise sont l'évitement, le contrôle, le clivage, et des défenses maniaques, mécanismes peu efficaces, puisqu'il perd facilement toute distance et est envahi par l'angoisse ; elles cèdent à la fin de la passation du Rorschach.

En ce qui concerne la relation avec l'image maternelle, on remarque une très grande ambivalence avec un conflit profond et inconscient et probablement un attachement très fort à celle-ci.

Dans le CAT les personnages avec un rôle maternel ne sont absolument pas protecteurs face à des dangers terrifiants. Il éprouve un besoin de régresser et d'être proche de sa mère. L'imago paternelle n'est pas très rassurante. On remarque dans le CAT un besoin de se rapprocher de son père avec un évitement du conflit. Le père est perçu comme plus protecteur que ne l'est la mère.

Certaines réponses dans les 2 tests posent la question d'éléments dépressifs.

### Diagnostic

Trouble réactionnel de l'attachement chez un enfant qui présente des traits psychotiques."

Dans un avis médical du 2 juin 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pédiatrie au SMR, estime que le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_, ne décrit pas les troubles de la faculté d'attention, ni de la concentration. Il explique, concernant le trouble de la concentration, qu'il est décrit une bonne capacité de compréhension et non pas de concentration, cette concentration pouvant être parfois altérée par l'envahissement d'angoisses et que dès lors, il ne s'agit pas d'un trouble de la concentration au sens propre. Il en conclut que les conditions du 404.5 CMRM ne sont pas remplies, et qu'il n'est donc pas possible d'ouvrir un \_\_\_\_\_ droit \_\_\_\_\_ sous l'art. 13 LAI OIC 404.

Dans un rapport complémentaire du 4 juillet 2008, le Dr B.\_\_\_\_\_, et la psychologue H.\_\_\_\_\_, ont répondu aux questions de l'E.\_\_\_\_\_, comme il suit :

**"1) Objectif et but de la thérapie:**

Le but de la thérapie consiste à aider R. \_\_\_\_\_ à surmonter ses angoisses de mort, à pouvoir exprimer son agressivité dans des limites acceptables, l'aider aussi à être plus régulièrement dans la réalité et à prendre confiance en lui-même.

**2) Les effets sur le plan scolaire :** Sur le plan scolaire, il a fait de grands progrès, il montre de bonnes ressources et à envie d'apprendre. Il a encore besoin d'un enseignement spécialisé pour l'instant.

**3) Evolution récente:** l'évolution récente est très satisfaisante.

Depuis 6 mois, on note une nette amélioration dans les capacités relationnelles, mais il a encore un comportement de petit enfant. Les angoisses sont moins envahissantes.

**4) Fréquence :** Depuis un an R. \_\_\_\_\_ a 2 séances de psychothérapie par semaine.

**5) Durée:** il m'est difficile de me prononcer sur la durée: il faudrait faire un bilan dans un an ou un an et demi.

**6) Pronostic:** il est prématuré de dire jusqu'à quel point il va évoluer mais on peut pronostiquer une évolution positive."

Dans un avis médical du 28 août 2008, le Dr F. \_\_\_\_\_ relève qu'il résulte de ce rapport que la psychothérapie sert essentiellement à surmonter les angoisses de mort et à pouvoir exprimer l'agressivité de l'assuré dans les limites de l'acceptable et que le pronostic est difficile à faire, en particulier sur une évolution favorable. Il en conclut qu'il s'agit essentiellement de traiter la maladie en tant que telle et que la durée du traitement et le pronostic sont impossibles à déterminer de sorte que les conditions de l'art 12 LAI ne sont pas remplies, la prise en charge cette psychothérapie n'étant pas possible en application de cette disposition.

Dans un projet de décision du 1<sup>er</sup> octobre 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande. Il considère notamment ce qui suit :

"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 l'ordonnance y relative.

En cas d'intelligence normale avec principalement des symptômes psychiques et des troubles de la perception nous pouvons reconnaître le syndrome psycho-organique comme étant une infirmité congénitale au sens de l'assurance-invalidité s'il a été traité sur la base d'un diagnostic avant l'accomplissement par l'enfant de sa 9ème année à condition que l'on constate au moins les troubles suivants

- troubles du comportement

- troubles des pulsions
- troubles de la perception
- troubles de la concentration et
- troubles de la faculté d'attention

Les renseignements médicaux en notre possession ne décrivent pas les troubles de la faculté d'attention et de la concentration.

Par conséquent les conditions du chi. 404 OIC ne sont pas remplies et une intervention financière de notre assurance en application de l'art. 13 LAI n'est dès lors pas possible.

En l'absence d'infirmité congénitale reconnue, seul entre en considération un octroi sur la base de l'art. 12 LAI (mesures médicales dites « de réadaptation professionnelle »). Dans ce cadre, il faut que le pronostic soit favorable, que la durée du traitement soit délimitée dans le temps, ce qui n'est pas le cas au vu des renseignements médicaux en notre possession. La psychothérapie indispensable au traitement de l'affection comme telle ne relève pas de l'AI."

Par lettre du 29 octobre 2008, la psychologue H.\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI qu'au niveau du diagnostic qu'elle avait établi en novembre 2007 figuraient justement les troubles du comportement avec atteinte pathologique de l'affectivité, des pulsions, de la perception (cognitifs) et de la concentration. Elle lui demandait de revoir sa décision.

Le 25 novembre 2008, le Dr B.\_\_\_\_\_ et la psychologue H.\_\_\_\_\_ ont écrit à l'OAI notamment ce qui suit :

"En réponse à votre courrier du 18.11.2008, je vous apporte quelques précisions sur le diagnostic 404 OIC concernant l'enfant susmentionné; Le diagnostic correspond au chiffre 84.8 de la CIM-10: autres troubles envahissants du développement.

**> Troubles du comportement avec atteinte psychologique de l'affectivité:**

Ils se manifestent par une très grande peur de la nouveauté; il refuse toute nouvelle proposition, aussi bien à l'école qu'en famille. Il n'arrive pas à formuler une demande quelle qu'elle soit.

Il est toujours agité en groupe, bouge sans cesse en groupe, et a des difficultés de socialisation.

Il présente des angoisses de mort, de chute et d'annihilation, et cela apparaît régulièrement dans les jeux et ses dessins. Il a extrêmement peur d'en parler.

**> Trouble des pulsions:**

L'enfant peut être débordé par sa colère et son agressivité qui se manifeste dans des jeux destructeurs. Quand il ne se contrôle plus, il peut aussi essayer de faire du mal à sa thérapeute.

**> Troubles de la perception (et cognitifs):**

R.\_\_\_\_\_ a encore de la peine à distinguer le monde imaginaire de la réalité. Il n'est pas toujours orienté dans le temps.

**> Troubles de la concentration:**

L'enfant peut faire preuve d'une grande capacité de compréhension, et par là de concentration, quand il est disponible et non envahi par ses angoisses. Il se fatigue vite, et peut-être facilement dispersé.

Il a un QI de 86 qui correspond à un niveau intellectuel normal-faible. Le WISC- IV met en évidence des grandes difficultés de mémorisation et de vitesse d'exécution de certaines tâches.

Depuis le début de la scolarité, l'enfant est dans l'enseignement spécialisé."

Dans un avis médical du 12 décembre 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_ expose ce qui suit :

" Rapport du 29.10.08 signé de Mme H.\_\_\_\_\_ indexé au 29.10.08

Cet enfant présente un trouble envahissant du développement, F 84.8 selon le diagnostic CIM-10. Or les troubles ne sont pas décrits.

Rapport du 25.11.08 signé du Dr B.\_\_\_\_\_ indexé au 25.11.08

Conditions du 404.5 CMRM.

Troubles du comportement: sont présents.

Troubles des pulsions : sont présents.

Troubles de la concentration : fait preuve d'une grande capacité de concentration. Lorsqu'il est envahi par ses angoisses, perd cette capacité.

Comme décrit antérieurement, pour que le 404.5 soit rempli, il faut que les troubles soient présents de manière continue mais non de manière aléatoire, comme décrit pour les troubles de la concentration. Dès lors, les conditions du 404 CMRM ne sont pas remplies et il n'est pas possible d'ouvrir un droit sous 13 LAI OIC 404."

L'OAI a écrit le 2 mars 2009 au Dr M.\_\_\_\_\_, neuropédiatre FMH au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV), ce qui suit :

"En date du 1<sup>er</sup> octobre 2008, nous avons notifié un projet de refus de reconnaissance de l'IC 404 OIC - les troubles de la faculté d'attention et de la concentration n'étant pas décrits. Selon les parents, vous confirmez ce diagnostic. Prière de nous renseigner sur la date à laquelle le diagnostic a été posé, décrire les différents troubles présentés par cet assuré et votre plan de traitement".

Le Dr M.\_\_\_\_\_ a répondu dans un rapport du 2 mars 2009, diagnostiquant des "troubles des apprentissages". Il s'est référé au surplus au rapport qu'il a établi le 6 janvier 2009, et dont la teneur est notamment la suivante:

"J'ai vu R. \_\_\_\_\_ à la consultation de Neuropédiatrie du 18.12.08 pour un bilan neuropédiatrique chez un enfant présentant des difficultés d'apprentissages, associées à des troubles du langage et de la coordination ainsi que des douleurs paroxystiques occipitales.

(....)

**Examen:** poids 38,700 kg, taille 150 cm, PC 55,3 cm. Le phénotype est sp. Il présente une chevelure abondante en bataille. L'examen cutané est sp. L'examen neurologique systématique est dans les limites de la norme. Les mouvements alternés rapides sont assez bien effectués, tout comme les mouvements d'opposition des doigts. Les séquences de mouvements et le polichinelle sont réalisés avec peine, la course est assez peu coordonnée. Il effectue le puzzle de manière aisée et rapide. S'oppose un peu lorsque je lui propose de lire et d'écrire mais finit par le faire. Déchiffre un texte de 2p, la lecture est syllabique, je dois fréquemment l'encourager à continuer, Il refuse de restituer le texte lu, je ne suis pas sûr qu'il l'a compris puisque la lecture est assez laborieuse. Tient le crayon avec 4 doigts, de manière un peu crispée. La graphomotricité est très pauvre pour l'âge, nombreuses erreurs d'orthographe. Le dessin du bonhomme est pauvre pour l'âge. Réalise des opérations d'additions et soustractions même au-delà de la dizaine avec une bonne aisance, sans l'aide des doigts.

**Discussion:** R. \_\_\_\_\_ présente donc d'importants troubles des apprentissages qui sont à mon avis la conséquence d'une constellation de troubles spécifiques, notamment une dyslexie-dysorthographe associée à une maladresse motrice avec troubles graphomoteurs et possiblement des difficultés attentionnelles. Cliniquement, l'enfant donne l'impression d'avoir une intelligence normale. Je ne pense pas qu'il y ait de trouble de la socialisation, la maman mentionne un contact visuel plutôt pauvre mais l'enfant a interagi normalement avec moi ce jour. Je pense qu'il est oppositionnel car il se rend compte de ses difficultés et a donc tendance à refuser à entrer dans une tâche lui demandant trop d'effort. J'ai averti la maman que nous tenterions d'obtenir le résultat du bilan psychologique effectué à l'Ombelle il y a une année. Concernant la prise en charge, je pense qu'il serait très important de tenter d'améliorer sa graphomotricité, soit en axant la psychomotricité sur cet aspect-là, soit en prescrivant de l'ergothérapie, spécifiant que c'est ce domaine là qui doit être plus travaillé. Je n'ai pas proposé d'autres investigations à ce stade. L'anamnèse familiale est fortement positive pour des troubles du langage écrit, aussi bien chez le père que chez les frères et sœurs, ainsi apparemment qu'une importante distractibilité chez le père.

Concernant les douleurs occipitales, elles semblent avoir été très sporadiques, possiblement en lien avec un mouvement « trop rapide » de la nuque. L'anamnèse est assez peu précise mais le problème ne semble pas chronique et ne s'est pas reproduit récemment."

Par décision du 12 mars 2009, l'OAI a rejeté la demande pour les mêmes motifs que ceux figurant dans le projet de décision. Il a ajouté avoir réclamé un rapport au Dr M. \_\_\_\_\_ dont il résulte que le diagnostic retenu est un trouble des apprentissages.

Le 7 avril 2009, le Dr B.\_\_\_\_\_ et la psychologue H.\_\_\_\_\_ ont adressé à l'OAI une lettre dont la teneur est la suivante :

"Je m'étonne du refus de mesures médicales que votre assurance a signifié à l'enfant susmentionné, compte tenu des divers rapports que j'avais adressés à l'AI.

En effet, R.\_\_\_\_\_ présente selon l'ICD-10 un diagnostic 404 OIC, correspondant à la CIM-10 au diagnostic 84.8. Autres troubles envahissants du développement à savoir:

**> Troubles du comportement avec atteinte psychologique de l'affectivité:**

Ils se manifestent par une très grande peur de la nouveauté; il refuse toute nouvelle proposition, aussi bien à l'école qu'en famille. Il n'arrive pas à formuler une demande quelle qu'elle soit.

Il est toujours agité en groupe, bouge sans cesse en groupe, et a des difficultés de socialisation.

Il présente des angoisses de mort, de chute et d'annihilation, et cela apparaît régulièrement dans les jeux et ses dessins, Il a extrêmement peur d'en parler.

**> Trouble des pulsions:**

L'enfant peut être débordé par sa colère et son agressivité qui se manifeste dans des jeux destructeurs. Quand il ne se contrôle plus, il peut aussi essayer de faire du mal à sa thérapeute.

**> Troubles de la perception (cf cognitifs):**

R.\_\_\_\_\_ a encore de la peine à distinguer le monde imaginaire de la réalité. Il n'est pas toujours orienté dans le temps.

**> Troubles de la concentration:**

L'enfant peut faire preuve d'une grande capacité de compréhension, et par là de concentration, quand il est disponible et non envahi par ses angoisses. Il se fatigue vite, et peut-être facilement dispersé.

Les courriers que j'ai reçus ne tiennent pas compte de ce diagnostic et je vous prie de bien vouloir reconsidérer votre décision."

**B.** Le 23 avril 2009, R.\_\_\_\_\_, représenté par sa mère, a recouru contre cette décision. Il soutient en substance que les conditions du ch. 404 OIC sont remplies selon les constats de la psychologue H.\_\_\_\_\_ et que si le Dr M.\_\_\_\_\_ n'arrive pas exactement aux mêmes conclusions, le but de la consultation chez ce praticien n'était pas d'évaluer si le recourant avait des troubles de la concentration ou de l'attention. Il relève que le Dr M.\_\_\_\_\_ mentionne notamment que l'assuré présente

d'importants troubles des apprentissages qui sont une conséquence d'une constellation de troubles spécifiques ainsi que possiblement des difficultés attentionnelles. Il a dès lors conclu à la prise en charge par l'OAI de la mesure médicale requise. Le recourant a joint à son recours un bilan psychologique établi le 23 avril 2009 par la psychologue T.\_\_\_\_\_, du Centre d'enseignement spécialisé L'ombelle, à Nyon, mentionnant notamment :

#### "CONCLUSION

R.\_\_\_\_\_ présente une intelligence dans la norme, avec des compétences dysharmoniques. Il se montre assez fatigable, surtout dans les épreuves (verbales notamment) où il ne peut rien manipuler et où il perçoit qu'il maîtrise moins les choses. Un investissement continu semble parfois difficile, ceci en lien avec son état émotionnel. Par moments, il lui est difficile de se poser, de se concentrer et de laisser sa pensée se « dérouler » tranquillement sans chercher à se stimuler en bougeant. R.\_\_\_\_\_ semble peu habitué à se « plier » à un cadre et semble attendre que l'on aménage beaucoup les choses en fonction de ses désirs, encore parfois d'enfant plus jeune. Sa fragilité narcissique l'amène à un certain évitement (ou à un investissement du bout des doigts) des tâches où il se sent moins à l'aise, comme celles impliquant la grapho-motricité. Dans ce domaine il se montre très lent, ceci surtout s'il doit structurer sa tâche. Des difficultés attentionnelles sont également à prendre en compte quand il doit travailler sans support concret.

Ces résultats indiquent le profit que R.\_\_\_\_\_ retirerait d'une suite de scolarité dans l'enseignement spécialisé. Il a besoin: d'un cadre qui puisse tenir compte de ses compétences hétérogènes, de ses difficultés d'attention et de concentration, de son rythme parfois lent et d'un enseignement qui respecte ses capacités d'investissements fluctuantes. Il est par ailleurs évident qu'un petit groupe serait encore important pour qu'il puisse continuer à tisser des liens avec ses pairs sans se sentir trop en difficulté et étayé par l'adulte. Par ailleurs, il semble indispensable que R.\_\_\_\_\_ continue à être suivi en psychothérapie pour que sa scolarité dans l'enseignement spécialisé porte pleinement ses fruits."

L'OAI propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a produit un avis médical du 21 juillet 2009 du Dr F.\_\_\_\_\_ qui mentionne ce qui suit :

**"Rapport médical du 14.11.2007, signé par le Dr B.\_\_\_\_\_ (indexé au 14.11.2007):** le diagnostic retenu est trouble envahissant du développement, posé à l'âge de 8 ans (septembre 2005) et une psychothérapie a été débutée à l'âge de 9 ans et 3 mois (janvier 2006). Ce rapport nous apprend qu'il présente des difficultés de langage avec une dysphasie. L'enfant est décrit comme un enfant timide, calme, il est souvent collé à sa maîtresse, se montre

réticent par rapport à des activités scolaires et extrascolaires. En retrait par rapport au groupe. Il n'aime pas les changements et a tendance à refuser toute nouveauté.

Les éléments du 404.5 CMRM ne sont pas présents dans ce rapport.

**Rapport médical du 19.02.2008, signé par le Dr B. \_\_\_\_\_ (indexé au 19.02.2008):** ce rapport est en complément du précédent. Le QI est normal à 86. Ce rapport décrit l'existence des conditions du 404.5 CMRM. Troubles du comportement: sont décrits comme une peur de la nouveauté, dit non aux nouvelles propositions, agité en groupe, difficultés de socialisation.

Troubles des pulsions : l'enfant est débordé par une agressivité ou une colère. C'est une angoisse qui se manifeste par des jeux destructeurs.

Troubles de la perception : le rapport à la réalité est perturbé.

Troubles de la concentration : ne sont pas constants.

Troubles de l'attention: ne sont pas décrits.

En annexe, on trouve un bilan psychologique à la recherche de traits psychotiques. Le diagnostic du bilan psychologique est un trouble réactionnel de l'attachant chez l'enfant avec traits psychotiques.

**Rapport médical du 25.01.2008, signé par le Dr B. \_\_\_\_\_ (indexé au 25.11.2008):** ce rapport nous apprend qu'il s'agit d'un trouble envahissant du développement reconnu sous le chiffre CIM 84.8. Description des conditions du 404.5 comme antérieur, il s'agit d'un copié/collé.

**Rapport médical du 16.01.2009, signé par le Dr M. \_\_\_\_\_ (indexé au 02.03.2009):** le rapport de ce neurologue spécialiste nous apprend qu'il s'agit d'un enfant qui présente une dysphasie, une dyspraxie, une dyslexie. Il émet quelques doutes sur les troubles de socialisation.

**Rapport d'enseignement spécialisé du 25.05.2009:** bilan psychologique démontre effectivement un certain nombre de difficultés attentionnelles qui n'avaient pas été décrites antérieurement.

### **Appréciation:**

Le diagnostic de cet enfant est un trouble envahissant du développement (F84.8 selon le diagnostic de la CIM-10). Il s'agit d'une situation avec des traits de type psychotique. Le chiffre OIC 404 SPO ne considère que les affections touchant les fonctions exécutives et l'affect.

Or, dans le cas d'espèce, les traits psychotiques n'en font pas partie et il n'est donc pas possible de retenir un droit sous 13 LAI OIC 404."

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS

831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

**2.** Est litigieux le point de savoir si le recourant peut prétendre à la prise en charge, par l'assurance-invalidité, d'un traitement de psychothérapie.

**a)** A teneur de l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

Selon l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 3 al. 2 LPGA jusqu'à l'âge de vingt 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).

Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'Ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC; RS 831.232.21), laquelle contient, en annexe, une liste des infirmités réputées congénitales au sens de l'art. 13 LAI. Le contenu de la liste des infirmités congénitales prévues par l'annexe à l'OIC, respectivement les conditions de prise en charge des mesures médicales relatives à de telles infirmités, ont fait l'objet d'une circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), savoir la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM). S'agissant d'une directive administrative, dont la vocation est de donner des instructions

aux organes d'application de la loi quant à la manière dont ils doivent exercer leurs compétences, une telle circulaire ne lie pas le juge; ce dernier ne s'en écarte toutefois, en principe, que si son contenu est en contradiction avec les dispositions légales applicables (cf. ATF 118 V 129 c. 3a et la référence; ATF 130 V 163 c. 4.3.1 et les références), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Il est précisé dans cette circulaire que les conditions du ch. 404 OIC peuvent être considérées comme réunies si, avant l'âge de 9 ans, on constate au moins les troubles suivants (les symptômes devant être démontrés cumulativement, même s'ils peuvent selon les circonstances survenir les uns après les autres) : troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact ; troubles des pulsions ; troubles de la perception (troubles perceptifs et cognitifs) ; troubles de la concentration ; troubles de la faculté d'attention (ch. 404.5).

Sont réputées mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale, tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 3 OIC). Le droit à de telles mesures existe - contrairement au droit prévu par la disposition générale de l'art. 12 LAI - indépendamment de la possibilité d'une future réadaptation dans la vie professionnelle (art. 8 al. 2 LAI). Le but de la réadaptation est de supprimer ou de diminuer l'atteinte à la santé intervenue à la suite d'une infirmité congénitale (TFA I 174/03 du 28 décembre 2004 c. 3.1 in fine et les références). La personne assurée n'a droit, en règle générale, qu'aux mesures qui sont nécessaires et adaptées au but de réadaptation visé, mais pas aux actes les meilleurs possibles selon les circonstances données ; en effet, la loi entend simplement garantir une réadaptation qui soit nécessaire mais aussi suffisante dans le cas d'espèce. En outre, le résultat prévisible d'une mesure de réadaptation doit se situer dans un rapport raisonnable avec son coût (ATF 124 V 108 c. 2a; ATF 122 V 212 c. 2c et les références).

**b)** Il convient donc d'examiner si la prise en charge du traitement en cause incombe à l'intimé par application de l'art. 13 LAI, sous ch. 404 de l'annexe à l'OIC.

Le ch. 404 de l'annexe à l'OIC qualifie d'infirmité congénitale les troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques et cognitifs chez les sujets d'intelligence normale, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année (syndrome psycho-organique, psycho-syndrome dû à une lésion diffuse ou localisée du cerveau et syndrome psycho-organique congénital infantile). Selon la pratique administrative, plusieurs symptômes - troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, troubles des pulsions, troubles perceptifs et cognitifs, troubles de la concentration et troubles de la faculté d'attention - doivent être réunis avant l'âge de neuf ans pour qu'une infirmité congénitale au sens du ch. 404 de l'annexe à l'OIC soit retenue. Ils ne doivent pas nécessairement apparaître simultanément, mais peuvent, selon les circonstances, survenir les uns après les autres (cf. note marginale 404.5 CMRM). Le ch. 404 de l'annexe OIC et la pratique administrative concernant cette disposition sont conformes à la loi (ATF 122 V 114 c. 1b). Dans ce cadre, la jurisprudence a précisé qu'il est possible que des examens complémentaires pratiqués après l'âge-limite permettent d'établir avec un degré de vraisemblance prépondérante que l'assuré présentait déjà avant l'accomplissement de la neuvième année la symptomatologie complète de l'infirmité congénitale en cause (ATF 122 V 122 c. 3c/bb et 3c/cc). Dans cet arrêt, il s'agissait d'un cas dans lequel une infirmité congénitale au sens du ch. 404 de l'annexe à l'OIC avait été diagnostiquée à temps, mais mise en doute par la suite, et le Tribunal fédéral considère qu'il est possible, dans une telle situation, d'établir après coup que tous les symptômes selon la note marginale 404.5 CMRM existaient déjà avant l'âge de neuf ans. En revanche, il n'est pas admissible d'établir après l'âge-limite qu'un syndrome psycho-organique aurait dû être diagnostiqué antérieurement. Admettre le contraire remettrait en cause la présomption irréfragable selon laquelle il n'y a pas d'infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI

lorsque le diagnostic n'est pas posé et le traitement entrepris avant l'âge de neuf ans (ATF 122 V 122 c. 3c/bb ; sur la date à laquelle un traitement à été entrepris : cf. TFA I 115/03 du 13 avril 2004).

**3.** En l'occurrence, le Dr F.\_\_\_\_\_ explique que le diagnostic retenu est un trouble envahissant du développement (F84.8 selon le diagnostic de la CIM-10), qu'il s'agit d'une situation avec des traits de type psychotique (bilan psychologique effectué du 3 août au 13 septembre 2005), et que les traits psychotiques ne font pas partie du syndrome psycho-organique défini par l'OIC 404, celui-ci correspondant à des troubles de l'affect et une altération des fonctions exécutives (cf. avis du 27 juillet 2009). Le Dr B.\_\_\_\_\_, ne démontre pas que le diagnostic posé par lui correspond au syndrome défini par le ch. 404 OIC.

En outre, tous les symptômes ne sont pas décrits, selon le Dr F.\_\_\_\_\_, les rapports du Dr B.\_\_\_\_\_ ne décrivant pas les troubles de la faculté d'attention, ni de la concentration (cf. avis médical des 2 juin et 12 décembre 2008). Concernant le trouble de la faculté d'attention, le Dr F.\_\_\_\_\_ admet, après avoir pris connaissance en cours de procédure du bilan \_\_\_\_\_ psychologique \_\_\_\_\_ du 25 mai 2009, que ce trouble est démontré (cf. avis médical du 21 juillet 2009). Le Dr M.\_\_\_\_\_ mentionne également d'ailleurs "possiblement des difficultés attentionnelles".

S'agissant du trouble de la concentration, le Dr F.\_\_\_\_\_ explique qu'il est décrit une grande capacité de concentration et que lorsque l'enfant est envahi par ses angoisses, il perd cette capacité, alors que pour que ce trouble soit admis au sens du ch. 404.5 OIC, il faut que les troubles soient présents de manière continue mais non de manière aléatoire. L'OAI a interpellé le Dr M.\_\_\_\_\_ notamment sur le trouble de la concentration. Celui-ci n'a pas donné d'indication à ce propos. Dans le bilan psychologique du 25 mai 2009, il est mentionné uniquement que par moments, il est difficile au recourant de se concentrer. Il apparaît ainsi que le trouble de la concentration n'est pas établi de manière continue. Par conséquent, les conditions posées par l'art. 13 LAI ne sont pas réunies.

**4.** Il convient dès lors d'examiner si la mesure médicale requise peut être octroyée en application de l'art. 12 LAI.

**a)** Aux termes de l'art. 12 al. 1 LAI, l'assuré a droit 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 la réadaptation en vue de l'accomplissement des 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.

L'art. 12 LAI vise notamment à tracer une limite entre le champ d'application de l'assurance-invalidité et celui de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation repose sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion, sans égard à la durée de l'affection, ressortit en premier lieu au domaine de l'assurance-maladie et accidents. La loi désigne sous le nom de « traitement de l'affection comme telle » les mesures médicales que l'assurance-invalidité ne doit pas prendre en charge. Aussi longtemps qu'il existe un phénomène pathologique labile et qu'on applique des soins médicaux, qu'ils soient de nature causale ou symptomatique, qu'ils visent l'affection originaire ou ses conséquences, ces soins représentent, du point de vue du droit des assurances sociales, le traitement de l'affection comme telle. La jurisprudence a de tout temps, en principe, assimilé à un phénomène pathologique labile toutes les atteintes à la santé non stabilisées qui ont valeur de maladie. Ainsi, les soins qui ont pour objet de guérir ou de soulager un phénomène de nature pathologique labile ou ayant d'une autre manière valeur de maladie, ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité. En règle générale, l'assurance-invalidité ne prend en charge que des mesures qui sont propres à éliminer ou à corriger des états stables défectueux ou des pertes de fonction, pour autant qu'on puisse en attendre une amélioration durable et importante au sens de l'art. 12 al. 1 LAI. En revanche, l'assurance-invalidité n'a pas à prendre en charge une mesure destinée au traitement de l'affection comme telle,

même si l'on peut prévoir qu'elle améliorera de manière importante la réadaptation. Dans le cadre de l'art. 12 LAI, le succès de la réadaptation ne constitue pas, en lui-même, un critère décisif car, pratiquement, toute mesure qui réussit du point de vue médical a simultanément des effets bénéfiques sur la vie active (ATF 9C\_1074/2009 du 30 septembre 2010, c. 2.1 et les références citées).

Les assurés mineurs qui n'exercent pas d'activité lucrative sont réputés invalides lorsqu'ils présentent une atteinte à la santé physique ou mentale qui aura probablement pour conséquence une incapacité de gain (art. 5 al. 2 LAI). Selon la jurisprudence, les mesures médicales appliquées à des assurés mineurs peuvent dès lors servir de manière prépondérante à la réadaptation professionnelle et être prises en charge par l'assurance-invalidité, quand bien même l'affection présente encore un caractère labile, si l'absence de telles mesures risque d'entraîner des séquelles ou un état défectueux stabilisé qui entraverait la formation professionnelle ou la capacité de gain ou toutes les deux (ATF 9C\_1074/2009 du 30 septembre 2010, précité, c. 2.2).

A cet égard, peu importe que les mesures ordonnées soient des mesures d'urgence (opération chirurgicale, par exemple) ou des mesures d'une certaine durée, telles que la physiothérapie ou l'ergothérapie (RCC 1984 p. 525 c. 3). Mais des mesures médicales illimitées dans le temps en vue d'empêcher la survenance d'un état pathologique définitif ou d'en atténuer les conséquences n'ont pas un caractère prépondérant de mesures de réadaptation; elle constituent plutôt un traitement de l'affection comme telle, de sorte qu'elles ne sont pas à charge de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 40 c. 1, ATF 100 V 41 c. 2a, ATF 100 V 104 c. 2; VSI 1999 p. 130 ; RCC 1984 pp. 524 s. c. 1 et 2 ; TFA I 64/01 du 20 février 2002).

**b)** En l'espèce, dans un rapport du 14 novembre 2007, le Dr B.\_\_\_\_\_ indique que la psychothérapie a lieu à raison d'une séance par

semaine depuis janvier 2006, puis de deux séances par semaine depuis septembre 2007, la durée devant être réévaluée deux ans plus tard. Il estime une amélioration probable au vu des ressources du patient. Le 4 juillet 2008, ce praticien précise que le but de la thérapie consiste à aider le recourant à surmonter ses angoisses de mort, à pouvoir exprimer son agressivité dans des limites acceptables, à l'aider aussi à être plus régulièrement dans la réalité et à prendre confiance en lui-même. Il mentionne qu'il lui est difficile de se prononcer sur la durée de traitement et qu'il faudrait faire un bilan dans un an ou un an et demi. S'agissant du pronostic, il estime prématuré de dire jusqu'à quel point l'enfant va évoluer mais que l'on peut pronostiquer une évolution positive.

Comme le relève le Dr F. \_\_\_\_\_ dans son avis médical du 28 août 2008, il s'agit donc essentiellement de traiter la maladie en tant que telle, traitement dont la durée et le pronostic sont impossibles à déterminer. Cela ne constitue dès lors pas une mesure de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

En conséquence, les conditions posées par l'art. 12 LAI ne sont pas non plus réunies.

**5.** En définitive, le recours doit être intégralement rejeté et la décision de l'OAI du 23 avril 2009, doit être confirmée.

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 francs.

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA et.55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision attaquée est confirmée.
  
- III.** Les frais d'arrêt, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge du recourant.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- R. \_\_\_\_\_,
- E. \_\_\_\_\_,
- 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).

La greffière: