

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 avril 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

G. _____, à Payerne, recourante,

et

KPT-CPT Caisse-maladie SA, à Berne, intimée.

Art. 31 al. 1 LAMal et 18 al. 1 let. d OPAS

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1940, est assurée pour l'assurance obligatoire des soins auprès de la caisse-maladie KPT-CPT (ci-après: la caisse), selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10).

Le 16 août 2005, le Dr K. _____, spécialiste FMH en médecine générale à W. _____, a établi un certificat selon lequel l'assurée était au bénéfice d'un traitement de Sotalex qui devait être maintenu à long terme.

Le 18 octobre 2005, le Dr U. _____, médecin-dentiste SSO et dentiste traitant, a adressé à la caisse une estimation d'honoraires d'un montant total de 12'440 fr. 90. Il a écrit que l'assurée ne supportait pas sa prothèse supérieure en raison d'un manque de salive et d'une irritation en continu. Il s'agissait des effets secondaires irréversibles de médicaments (art. 17b al. 3 OPAS [Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie; RS 832.112.31]). Il proposait quatre implants avec barre d'ancrage et prothèse hybride. Il invoquait aussi l'art. 18d OPAS.

Le 24 octobre 2005, la caisse a demandé les radiographies au Dr U. _____ avant de pouvoir se prononcer.

Le 14 décembre 2005, la caisse a informé le dentiste traitant que son dentiste conseil lui avait indiqué que le traitement de longue durée avec des bêtabloquants pouvait provoquer une sécheresse buccale. Celle-ci ne pouvait être assimilée à une xérostomie et était réversible. Dès lors, le cas de l'assurée ne relevait pas des art. 17 à 19a OPAS.

Le 7 mars 2006, le dentiste traitant a adressé à sa patiente une facture de 11'749 fr. 80.

Le 14 novembre 2006, le Dr U._____ a adressé une estimation d'honoraires d'un montant de 330 fr. 70 à la caisse, invoquant l'art. 18d OPAS, soit une maladie des glandes salivaires, le syndrome de Sjögren.

Le 15 décembre 2006, le Dr K._____ a adressé le courrier suivant au médecin conseil de la caisse:

« La patiente susnommée s'est adressée à moi afin d'obtenir un certificat concernant le syndrome de Sjögren dont elle souffre.

En effet, Madame G._____ présente une xérophtalmie ayant engendré une kératite micro-ponctuée sèche associée à une sécheresse buccale, pour lesquelles elle bénéficie d'une thérapie par Salagen pour la xérostomie et de Tears Naturelle gtttes pour la xérophtalmie.

Dans les investigations de ce syndrome, le dosage des AC anti-SSA/RO est positif à 7 x la norme et il existe une discrète augmentation des AC anti-SSB/LA, alors que les AC anti-Scl-70 sont négatifs.

Il y a donc une confirmation immunologique de ce syndrome qui n'est pas en relation avec des effets secondaires du β -bloquant que la patiente prend depuis quelques années. »

Le 9 janvier 2007, l'assurée a écrit à la caisse pour lui demander de revoir la décision quant aux soins précédents (facture de 11'749 fr. 80) puisque les tests avaient démontré un cas de xérostomie.

Le 1^{er} juin 2007, le dentiste traitant a expliqué que l'assurée l'avait consulté la première fois en juin 2002 et qu'il y avait beaucoup de caries et de douleurs diverses. La patiente ne s'était pas plainte de sialopenie (soit une xérostomie ou sécheresse buccale) mais il n'y avait pas eu de contrôle à ce moment. Elle est totalement édentée au maxillaire supérieur depuis le 13 mars 2003 et partiellement édentée au maxillaire inférieur depuis le 8 janvier 2003. La prothèse était encore supportée en 2003. Des problèmes sont apparus dès 2004 et le diagnostic du syndrome de Sjögren a été posé en 2005 par le médecin traitant à la suite d'une infection de la conjonctivite.

Le 29 juin 2007, la caisse a informé le Dr U. _____ qu'en ce qui concerne la facture de 330 fr. 70, il s'agissait d'une prestation légale au sens de l'art. 18d OPAS et qu'elle rembourserait deux nettoyages des dents de 15 minutes par année.

Faisant suite à une correspondance de l'assurée, la caisse lui a répondu, le 19 mai 2008, que le traitement de 2005 n'indiquait pas le début de la sécheresse buccale et qu'il n'était pas démontré que les dents avaient dû être extraites en raison du syndrome de Sjögren. En conséquence, elle ne participerait pas aux coûts du traitement appliqué.

Le 2 juin 2008, l'assurée a interpellé la caisse. Elle conteste l'appréciation du médecin conseil de la caisse, lui reprochant son manque de clarté. Elle rappelle les faits à l'origine du litige et en mentionne les principales étapes, en commençant par le choix d'une prothèse normale convenue avec le Dr U. _____ au mois de décembre 2002, vu le mauvais état de ses dents; elle indique ensuite que la sécheresse buccale s'est confirmée à la fin de l'année 2004, ce qui a nécessité la pose d'une nouvelle prothèse avec fixation par 4 implants. L'assurée s'étonne enfin de ce que la caisse rembourse les traitements en cours et non la prothèse et demande l'application de l'art. 18 let. d OPAS; elle souligne que sa sécheresse buccale est antérieure à 2005 et que ses dents ont dû être extraites en raison de leur mauvais état et des problèmes d'adhérence causés par la première prothèse. Elle demande en conséquence à la caisse de revoir sa décision en tenant compte de ses explications.

Le 13 juin 2008, la caisse a maintenu sa position.

A la suite d'une nouvelle interpellation de l'assurée, le 1^{er} juillet 2008, la caisse a rendu le 18 juillet 2008 une décision selon laquelle il n'était pas établi que les dents avaient dû être extraites à cause du syndrome de Sjögren et que le traitement appliqué en 2005 ne permettait pas d'établir depuis quand la sécheresse buccale existait.

Le 11 août 2008, l'assurée a formé opposition.

Par décision sur opposition du 27 janvier 2009, la caisse a rejeté l'opposition, confirmant ainsi sa décision. Elle a souligné le principe selon lequel seuls les dommages graves et inévitables subis par le système masticatoire sont couverts par les assurances sociales. S'appuyant sur la législation et la jurisprudence topiques en la matière, elle a notamment considéré ce qui suit:

« (...)

Au vu [...] des informations très détaillées fournies par Madame G._____, ainsi que des renseignements médicaux figurant au dossier, il est tout à fait prouvé que les dents naturelles de la recourante ont été extraites entre 2002 et 2003, exclusivement à cause des caries et des douleurs diverses qui en résultaient.

Conformément aux articles de loi mentionnés [...], ce traitement ne pouvait en aucun cas être remboursé par l'assurance obligatoire des soins, mais était à la charge de l'assurée.

De même, puisque les dents naturelles de l'assurée avaient été extraites suite aux caries et aux douleurs, c'est toujours la recourante qui a assumé début 2003 le coût relatif [aux] prothèses amovibles.

Comme Madame G._____ le rappelle dans son courrier [du] 2 juin 2008, la sécheresse buccale se serait manifestée seulement fin 2004, c'est-à-dire au moins deux bonnes années après l'extraction des dents naturelles suite à des caries. Le syndrome de Sjögren, quant à lui, n'aurait été en définitive diagnostiqué qu'en 2006, si l'on s'en tient au certificat du Dr méd. K._____ au médecin-conseil de l'intimée, du 15 décembre 2006.

C'est donc bien un laps de temps de trois ans qui sépare l'extraction des dents de l'assurée pour cause de carie et le pronostic définitif d'une éventuelle maladie des glandes salivaires, qui aurait rendu plus difficile, voire douloureux, le port des prothèses amovibles traditionnelles.

Cet argument, invoqué principalement par la recourante, ne lui est néanmoins d'aucun secours.

En effet, il n'existe aucun lien de causalité entre l'extraction des dents suite aux caries, et l'apparition des années plus tard, d'un syndrome de Sjögren.

Certes, ce syndrome rend probablement aujourd'hui les frais du traitement dentaire pour lequel l'assurée a opté plus élevés. Cela n'empêche qu'à l'origine la détérioration de la dentition naturelle de Madame G._____, qui a conduit à l'extraction de la quasi-totalité de ses dents, était exclusivement due aux caries et aux douleurs diverses, comme l'atteste le Dr méd. dent. U._____.

Le syndrome de Sjögren n'a joué aucun rôle dans la perte de la dentition naturelle de la recourante, de sorte que l'art. 18 al. 1^{er} let. d OPAS ne peut pas être retenu en l'espèce.

Puisque le lien de causalité entre la perte de la dentition et une éventuelle maladie des glandes salivaires fait défaut, la KPT Caisse-maladie SA n'est pas tenue de verser des prestations de l'assurance obligatoire des soins pour les notes d'honoraires relatives au traitement dentaire de Madame G. _____ auprès du Dr méd. dent. U. _____, visant le remplacement des deux prothèses amovibles datant de 2003 par la pose de quatre implants dentaires et de nouvelles prothèses, et dont les coûts sont chiffrés en CHF 11'749.80.

Par contre, et pour les mêmes motifs, *a contrario*, la caisse, constatant que l'assurée présente encore deux dents naturelles, n. 43 et n. 33, s'est prononcée favorablement, sur la base de l'art. 18 al. 1^{er} let. d OPAS, afin de reconnaître à sa charge deux prophylaxies de 15 minutes par année, outre les deux premières prophylaxies à charge de l'assurée en tant que traitement dentaire ordinaire, et remboursables par le biais de la couverture LCA dont Madame G. _____ dispose, dans le but de préserver les deux dents restantes d'une éventuelle maladie des glandes salivaires.

Dans le plein respect de l'art. 31 LAMal, c'est donc à juste titre que la caisse a évalué son obligation de prise en charge, refusant de verser des prestations de l'assurance obligatoire des soins pour la note d'honoraires de CHF 11'749.80 relative [au] traitement dentaire de Madame G. _____ auprès du Dr méd. dent. U. _____.

La décision formelle de la KPT Caisse-maladie SA, du 18 juillet 2008, est confirmée. »

B. L'assurée a recouru contre cette décision le 30 janvier 2009, concluant implicitement à la prise en charge par la caisse intimée au titre de l'assurance obligatoire des soins de quatre implants dentaires et de nouvelles prothèses, dont le coût s'élève à 11'749 fr. 80, selon la note d'honoraires du Dr U. _____ du 7 mars 2006. Elle a produit un lot de pièces figurant déjà au dossier de la caisse intimée.

Dans sa réponse du 5 mars 2009, la caisse a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, dont l'argumentation, outre quelques développements, est intégralement reprise.

Dans sa réplique du 30 mars 2009, la recourante souligne que la caisse intimée impute à sa mauvaise hygiène dentaire l'existence de la xérostomie. Or, la recourante conteste ce point de vue, en se fondant sur

une copie d'un *vademecum* clinique qu'elle produit et dont il ressort que la xérostomie dont elle souffre entraîne, entre autres, des caries dentaires. Elle en infère que, contrairement à ce que soutient l'intimée, la xérostomie est la cause de ses ennuis dentaires, notamment de ses caries, lesquelles ne seraient ainsi pas dues à une mauvaise hygiène dentaire, ainsi que le prétend la caisse intimée.

Dupliquant le 17 avril 2009, l'intimée expose qu'elle a derechef soumis la situation de l'assurée à l'analyse de l'un de ses médecins conseils, pour ce qui concerne les effets secondaires du médicament Sotalex, dont la recourante a besoin depuis 2005, ainsi que pour les conséquences engendrées par le syndrome de Sjögren, diagnostiqué pour la première fois en 2005, à la suite d'une infection de la conjonctive et attesté par le Dr K. _____ dans un certificat du 15 décembre 2006. En premier lieu, la caisse intimée exclut l'existence d'un lien de cause à effet entre l'absorption du médicament Sotalex, à base de bêtabloquant, et l'apparition d'une xérostomie. Elle explique ensuite que le syndrome de Sjögren, associant une sécheresse oculaire à une sécheresse buccale, est le plus souvent consécutif à une conjonctivite; l'atteinte oculaire se traduit alors par une sensation de brûlure, par une absence de larmes et une irritation conséquente, tandis que l'atteinte des glandes salivaires engendre une sécheresse buccale qui gêne la déglutition et peut provoquer des brûlures de la bouche et des troubles gingivodentaires. S'appuyant sur les pièces au dossier, l'intimée estime que d'un point de vue chronologique, elle ne peut que conclure que le déroulement des éléments qui composent le cas d'espèce, et qui implicitement confirme sa propre analyse médicale, échappe encore à la recourante. Elle ajoute ce qui suit:

« En effet, d'après les éléments qui composent le dossier, l'assurée se serait présentée pour la première fois au cabinet du Dr méd. dent. U. _____ le 28 juin 2002. Âgée à cette époque de 62 ans, Madame G. _____ présentait déjà beaucoup de caries, sans toutefois souffrir de sialopenie (...).

Les dents du maxillaire supérieur, qui étaient irrémédiablement atteintes, ont donc été extraites entre la date susmentionnée et le 13 mars 2003, et ainsi remplacées par une prothèse traditionnelle. Ce traitement, qui s'était objectivement rendu nécessaire suite à un

manque d'hygiène orale au fil des années, avait été assumé par l'assurée elle-même, du fait qu'aucune prise en charge par l'assurance obligatoire des soins n'était envisageable (...).

La prothèse traditionnelle, confectionnée afin de reconstituer la capacité masticatoire du maxillaire supérieur, était encore supportée par l'assurée en 2003. Des problèmes ont commencé à paraître seulement en 2004 et se sont accentués en 2005, suite à une infection de la conjonctive qui a déclenché un Syndrome de Sjögren, rendant le port de la prothèse traditionnelle très problématique (...).

Nul ne met en doute que ce syndrome ait probablement aujourd'hui une influence sur les frais du traitement dentaire pour lequel Madame G. _____ a opté.

Cela n'empêche qu'à l'origine la détérioration de la dentition naturelle de la recourante, constatée lors de la première consultation auprès du cabinet du Dr méd. dent. U. _____ en juin 2002, était exclusivement due aux caries et à des douleurs diverses (...).

Le syndrome de Sjögren, diagnostiqué entre 2005 et 2006 (...), n'a dès lors joué aucun rôle dans la perte de la dentition naturelle de la recourante, de sorte que l'art. 18 al. 1^{er} let. d OPAS ne peut pas être invoqué en l'espèce pour faire supporter à l'assurance obligatoire des soins les frais plus élevés qui découlent du nouveau traitement dentaire effectué par la recourante, visant le remplacement de la prothèse amovible datant de 2003 par la pose de quatre implants dentaires et d'une nouvelle prothèse. »

Dans ses déterminations du 11 mai 2009, la recourante a avoué ne pas comprendre la position de l'intimée, qui oublie selon elle que les caries sont un des symptômes du syndrome de Sjögren, lequel ne saurait selon la recourante avoir été provoqué par sa conjonctivite. Elle rappelle en outre que le Dr U. _____ est sur le point d'extraire ses deux dernières dents afin de réaliser la version à implants de sa prothèse inférieure. La recourante ne s'explique pas pour quels motifs l'intimée persiste à soutenir qu'elle n'est pas atteinte d'une maladie grave et non évitable du système de la mastication et refuse pour cette raison d'assumer les traitements s'y rapportant. Elle produit quelques pièces, dont un certificat du Dr U. _____ du 31 mars 2009 attestant qu'elle est atteinte de xérostomie (symptôme typique du syndrome de Sjögren) antérieurement à sa première consultation datant du 28 juin 2002.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAMal). 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. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Dès lors que la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Les soins dentaires ne sont, en règle générale, pas couverts par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ATF 129 V 275 c. 3.1; 124 V 185 c. 1a et 3e). Selon l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins ne prend en charge les coûts des soins dentaires que (a) s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou (b) s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou (c) s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (cf. ATF 124 V 185 c. 1a). Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral désigne en détail les prestations prévues aux art. 26 (mesures de prévention), 29 al. 2 (maternité) et 31 al. 1 (soins dentaires) de la loi. Le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur (ci-après: le DFI) la compétence de désigner, après avoir consulté la commission compétente, les mesures de prévention visées à l'art. 26, les prestations en cas de maternité visées à l'art. 29 al. 2 et les

soins dentaires visés à l'art. 31 al. 1 de la loi (art. 33 let. d OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102]; cf. ATF 124 V 185 c. 1b, 196 c. 2a). Sur la base de cette sous-délégation, le DFI a déterminé les soins dentaires pris en charge aux art. 17 à 19a de l'OPAS. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins selon les art. 17 à 19a OPAS est exhaustive (ATF 130 V 459 c. 1.2, 464 c. 2.3; 129 V 80 c. 1.3, 275 c. 3.2; 124 V 185 c. 4).

L'assurance doit prendre en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies des glandes salivaires et nécessaires à leur traitement (art. 31, al. 1, let. b, LAMal en relation avec l'art. 18 let. d OPAS). Il faut aussi, à l'instar de l'art. 31 let. a LAMal en relation avec l'art. 17 OPAS que la maladie n'ait pas été évitable (ATF 128 V 59).

Le caractère non évitable suppose une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances odontologiques actuelles (nettoyage quotidien, autocontrôle, visite chez le dentiste dès qu'une particularité se présente, contrôles réguliers). L'affection doit être objectivement non évitable.

Il faut encore un lien de causalité entre la maladie invoquée et les soins dentaires (TF 9C_237/2010 du 30 août 2010 c. 6.3).

b) En l'espèce, la recourante fait valoir que l'état de sa dentition qui a entraîné les soins dentaires réalisés par le Dr U._____ au cours de l'année 2005 et faisant l'objet de sa note d'honoraires du 7 mars 2006, puis le fait qu'elle ne supportait pas sa prothèse est dû au syndrome de Sjögren. Elle ne rend toutefois pas vraisemblable au niveau requis en matière d'assurances sociales (cf. ATF 135 V 39 c. 6.1; 126 V 353 c. 5b p. 360 et les références) que tel est le cas. Il ressort en effet de la correspondance du Dr U._____ à l'intimée du 1^{er} juin 2007, que la recourante ne s'est pas plainte de sialopenie au moment de ses premiers rendez-vous chez son dentiste-traitant, en 2002. Certes, même si aucun

contrôle n'a été effectué à ce moment-là, il n'en demeure pas moins que la sécheresse buccale est apparue fin 2004, comme l'écrit la recourante à l'intimée le 2 juin 2008, ce qui correspond à ce qu'écrit le Dr U._____ dans sa lettre du 1^{er} juin 2007 où il confirme par ailleurs que le diagnostic de syndrome de Sjögren a été posé par le Dr K._____ le 15 décembre 2006, alors que la recourante était atteinte d'une affection de la conjonctive. Le Dr U._____ ne peut dès lors prétendre, dans son avis daté du 31 mars 2009, au demeurant postérieur à la décision dont est recours, et établi à la demande de la recourante, que celle-ci est atteinte de xérostomie antérieurement à la date de sa première consultation, le 28 juin 2002. Cet avis ne saurait emporter la conviction, dans la mesure où il contredit la lettre du 1^{er} juin 2007. De surcroît, la recourante ne fournit aucun document de nature à infirmer les conclusions de l'intimée et n'apporte aucun élément qui n'aurait pas été pris en considération par la caisse. Elle se méprend enfin sur la portée de la réglementation légale. Il ne suffit en effet pas d'être atteint d'une maladie des glandes salivaires, nécessitant des soins dentaires, pour obtenir le remboursement de ceux-ci au titre de l'assurance obligatoire des soins. Il faut encore que la maladie invoquée soit à l'origine des soins effectués. Or, en l'espèce, il n'est pas contesté que les dents naturelles de la recourante ont été extraites, entre 2002 et 2003, exclusivement en raison des caries et des douleurs diverses qui en résultaient. Le syndrome de Sjögren ici en cause n'a été formellement diagnostiqué pour la première fois qu'à la fin de l'année 2006 par le Dr K._____. Certes, l'existence de ce syndrome contribue à accroître le coût des traitements dentaires. Il n'en demeure pas moins qu'un laps de temps de près de trois ans s'est écoulé entre l'extraction de la dentition naturelle de la recourante, due à des caries, et le diagnostic formel du syndrome de Sjögren. L'écoulement de plusieurs années ne permet dès lors pas d'admettre l'existence d'un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante, requise en droit des assurances sociales.

Au vu de ce qui précède, on doit donc retenir qu'au moment de la pose de la prothèse dont le remboursement est demandé, il n'existait pas de maladie grave des glandes salivaires au sens de l'art. 18

let. d OPAS. C'est donc à juste titre que la caisse intimée a refusé de prendre en charge le coût relatif à la pose de quatre implants dentaires et de nouvelles prothèses pour un montant de 11'749 fr. 80, en remplacement de deux prothèses amovibles, confectionnées en 2003 en remplacement des dents naturelles.

3. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

b) S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 45 LPA-VD et art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non assistée, n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I. Le recours déposé le 30 janvier 2009 par G. _____ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 27 janvier 2009 par KPT-CPT Caisse-maladie SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Mme G. _____,
- KPT-CPT Caisse-maladie SA,

- Office fédéral de la santé publique,

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 :