

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 janvier 2014

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Pasche et M. Merz
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

P._____, à Renens, recourante,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28a al. 3 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après: l'assurée), née le 16 janvier 1953, ressortissante d'ex-Yougoslavie, est arrivée en Suisse en 1988. Elle est mère de quatre enfants, nés en 1975, 1978, 1980 et 1982. Sans formation professionnelle, elle n'a jamais travaillé dans son pays d'origine.

En 1995 et 1997, l'assurée a travaillé pendant deux fois deux mois dans les vignes de [...], pour un salaire horaire de 14 fr. 50 de l'heure. De mai 1998 à février 1999, elle a travaillé comme nettoyeuse pour le [...] à Martigny, à raison de 26 heures par semaine (correspondant à un taux de 63.4%) pour un salaire horaire de 13 fr. 50 plus 8.33% de vacances.

Le 23 mai 2001, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton du Valais (ci-après: l'OAI VS) une demande de prestations d'invalidité tendant à l'octroi d'une rente.

Dans un certificat médical du 8 février 1999, le Dr N._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 1^{er} février 1999, en cours. Cette incapacité de travail a par la suite été prolongée du 9 février 2001 pour une durée indéterminée par le Dr H._____, également spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée.

W._____, assureur perte de gain en cas de maladie, qui a versé des indemnités journalières du 15 février au 31 juillet 1999, a produit le dossier de l'assurée. Il en ressort en particulier les documents suivants:

- Un rapport du 22 février 1999 du Dr N._____, posant le diagnostic de lumbago et indiquant que l'assurée se plaignait de douleurs dans la colonne lombaire, avec un Lasègue à plus de 20^o ddc.

- Un rapport du 1^{er} février 2000 du Dr D._____, radiologue, retenant la présence de discrets signes en faveur d'une discopathie toute débutante en L3-L4 et L4-L5 et l'absence de hernie démontrée.

- Un rapport du 3 février 2000 du Dr H._____, posant les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs lombaires, d'état dépressif chronique, de status après résection d'un polype villositaire rectal en 1999, sans séquelles, d'épigastriques chroniques sur antrite érosive et de douleurs spastiques abdominales chroniques avec status après hystérectomie en décembre 1995. L'assurée avait des plaintes somatiques multiples, chroniques, avec un état dépressif chronique. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 1^{er} février 1999.

- Une expertise du 23 octobre 2000 du Dr J._____, directeur médical de la clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR), qui après un conseil psychiatrique et neurologique a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques avec irradiation non radiculaire, de trouble somatoforme douloureux persistant, de cervicarthrose et d'impingement syndrome de l'épaule gauche de stade I. L'assurée se plaignait essentiellement de rachialgies, surtout cervicales et lombaires, accompagnées de radiculalgies non spécifiques dans les membres inférieurs. Le status était compatible avec un trouble somatoforme douloureux persistant. Il était dominé par des douleurs musculaires diffuses, les limitations fonctionnelles et les troubles statiques étaient peu importants. Ce médecin a estimé que l'assurée avait une capacité de travail de 70% dans une activité légère, et de 50% dans une activité relativement lourde comme celle de femme de ménage.

- Un rapport du 19 décembre 2000 du Dr V._____, spécialiste en psychiatrie, qui au vu de l'anamnèse et de l'examen clinique a retenu un status psychiatrique globalement dans les normes. Il a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, en précisant que l'assurée présentait divers facteurs qui sortaient du champ médical et pouvaient expliquer la présence d'un tel trouble: difficultés psychiques causées par l'immigration, particularités comportementales de nature

socioculturelle, personnalité fruste, niveau d'instruction faible et absence de formation. Il a retenu une incapacité de travail nulle sur le plan psychiatrique.

L'OAI a requis l'avis du Dr H._____, qui dans un rapport du 22 novembre 2001 a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant, d'état dépressif chronique, de cervicalgies chroniques et lombalgies chroniques, d'impingement syndrome de l'épaule gauche stade I, persistant, d'importants troubles de l'adaptation et de troubles de l'adaptation socio-professionnelle chez cette patiente en Suisse depuis 1989 ne parlant pas le français. Il a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 1^{er} février 1999, en précisant que toute tentative de reprise des activités s'était soldée par un échec. Ce médecin a joint à son envoi des rapports de spécialistes, dont il ressort en particulier que l'assurée avait bénéficié de résections transanales, pour un polype vilieux à dysplasie légère en juillet 1997 et pour un polype adénomateux du rectum en juillet 1999.

Une enquête économique a été effectuée au domicile de l'assurée. Dans un rapport d'enquête du 17 janvier 2002, l'OAI VS a retenu un taux d'empêchements de 65% dans les travaux ménagers. Compte tenu d'une activité lucrative exercée à 63%, avec une incapacité de travail totale, et de l'activité de ménagère exercée à 37%, l'OAI VS a retenu que l'assurée présentait un degré d'invalidité global de 11%.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui sous la plume du Dr Y._____ a retenu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux, de cervicalgies et lombalgies chroniques, d'impingement de l'épaule gauche de stade I, d'état dépressif et de troubles de l'adaptation. Il a retenu une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, et relevé qu'en raison des travaux lourds l'incapacité dans l'accomplissement des tâches ménagères était de 20 à 30% en raison des troubles orthopédiques.

Dans un projet de décision du 6 août 2002, l'OAI VS a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente. Il a retenu que l'assurée présentait dans une activité adaptée simple et répétitive une diminution de rendement de 30%, conduisant après comparaison des revenus à un degré d'invalidité de 3.25% dans l'activité de femme de nettoyage. Concernant l'activité de ménagère, l'OAI VS a retenu que l'état de santé de l'assurée ne justifiait qu'une incapacité de travail pour les travaux lourds de 20 à 30%. Compte tenu d'une activité lucrative exercée à 63% et d'une activité de ménagère exercée à 37%, l'OAI VS a mis en évidence un degré d'invalidité global de 11%.

Le 15 octobre 2002, par son mandataire, l'assurée a fait part de ses observations à l'encontre de ce projet de décision.

Par décision du 27 janvier 2003, l'OAI VS a refusé à l'assurée le droit à la rente, en se référant aux mêmes motifs que ceux indiqués dans son projet de décision.

L'assurée a formé opposition contre cette décision, en réclamant la prise en compte d'un taux d'empêchement dans l'activité de ménagère de 65% et d'un taux d'abattement de 25% du revenu d'invalidité. Elle a réclamé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et l'examen des possibilités concrètes de reclassement afin de décrire précisément les activités encore exigibles.

Le 6 mars 2003, l'OAI VS a procédé à une nouvelle estimation des empêchements dans l'activité de ménagère, afin de tenir compte d'une capacité de travail médico-théorique de 50% pour des activités de nettoyage. Ce faisant, l'OAI VS a retenu un taux global de 32.1%. Compte tenu du taux d'invalidité de 3.25% dans l'activité lucrative, l'OAI VS a retenu un degré d'invalidité global de 13.9%.

Par décision sur opposition du 14 mars 2003, l'OAI VS a maintenu sa position de refus de rente. Concernant l'activité lucrative, au vu des rapports médicaux versés au dossier, il a retenu que l'assurée

présentait une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Concernant l'activité de ménagère, l'OAI VS a retenu un taux d'empêchement global de 32.1%. L'OAI VS a en outre confirmé le taux d'abattement de 10% du revenu d'invalidé et relevé qu'il n'avait pas besoin de citer des exemples concrets d'activités pouvant être exercées par l'assurée. Compte tenu d'une activité lucrative exercée à 63% et d'une activité de ménagère exercée à 37%, l'OAI VS a mis en évidence un degré d'invalidité global de 13.9%, avant de relever qu'une mesure de reclassement n'était pas indiquée.

Par décision du 4 avril 2003, l'OAI VS a accordé à l'assurée une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

Par acte de son mandataire du 29 avril 2003, l'assurée a recouru au Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais contre la décision sur opposition du 14 mars 2003 et a conclu à l'octroi d'une rente. Elle a requis un nouvel examen médical sur les plans somatique et psychique, puis a contesté le taux d'invalidité, plus spécifiquement le taux d'abattement du revenu d'invalidé et le travail réalisable dans une activité adaptée compte tenu de l'état de santé.

Par jugement du 4 août 2003, le Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais a rejeté le recours formé par l'assuré. Il a relevé que les rapports médicaux versés au dossier, ayant valeur probante sur les plans somatique et psychique, permettaient de retenir que l'assurée avait une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Il a ensuite retenu une pondération de 63% comme femme de nettoyage et de 37% comme ménagère, avant de relever que même si on tenait compte du taux d'empêchements de 65% dans l'activité de ménagère retenu par l'enquête économique, le degré d'invalidité global serait de 26%, ce qui ne donnerait pas droit à une rente. En outre, il a confirmé le calcul de l'invalidité, notamment le revenu sans invalidité et le taux d'abattement de 10%.

B. Le 24 février 2010, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une nouvelle demande de prestations, tendant à l'octroi d'une rente, en indiquant qu'elle était femme au foyer.

Dans un certificat médical du 2 novembre 2010, le Dr O._____, médecin généraliste et nouveau médecin traitant de l'assurée, a indiqué que l'état de santé de sa patiente nécessitait un arrêt de travail dès le 2 novembre 2010 à 100% en raison de maladie.

Dans un formulaire 531bis rempli le 10 janvier 2011, l'assurée a indiqué que son taux d'activité serait de 100% depuis 1998 si elle n'était pas atteinte dans sa santé, et qu'elle exercerait l'activité de femme de ménage, par nécessité financière.

L'OAI a requis l'avis du Dr O._____, qui dans un rapport du 16 juillet 2011 a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble somatoforme douloureux et d'état dépressif chronique ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de troubles de l'adaptation, d'hypertension artérielle, d'hyperlipidémie et de colon irritable. Il a retenu un pronostic défavorable compte tenu de l'état dépressif chronique avec troubles de l'adaptation. Il a évalué la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, avec une diminution de la capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance. Le Dr O._____ a remis en particulier les documents médicaux suivants:

- Un rapport du 16 avril 2009 des Drs X._____ et Z._____, du service d'urologie du CHUV, qui ont observé une sensibilité urodynamique augmentée, une capacité cystomanométrique normale, une fonction du détrusor normale et des mécanismes de clôture urétrale normaux. Ils ont relevé que l'assurée présentait une récurrence de prolapsus génital mais qu'elle ne souhaitait pas d'intervention chirurgicale.

- Un rapport anatomo-pathologique du Dr [...], médecin chef à l'institut universitaire de pathologie du CHUV, retenant des atteintes au niveau du sigmoïde, de l'iléon, du colon et du colon ascendant.

Le cas a été soumis au SMR, qui sous la plume du Dr K. _____ a retenu, dans un avis médical du 23 août 2011, qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux par rapport au jugement du tribunal d'août 2003. La capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage était de 50% et celle dans une activité adaptée était de 70%. Dans un nouvel avis médical du 11 octobre 2011, faisant suite à l'avis du juriste de l'OAI, les Drs K. _____ et T. _____ du SMR ont proposé de mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne.

A la demande de l'OAI, l'assurée a été soumise à des examens somatiques et psychiatriques à la CRR. Dans leur expertise médicale du 16 janvier 2012, les Drs G. _____, psychiatre, et F. _____, rhumatologue et spécialiste en médecine interne, ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies non spécifiques, ainsi que notamment les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'obésité, d'hypercholestérolémie traitée, d'hypertension artérielle traitée, de dysthymie, de troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire et de prolapsus génital. Ils ont relevé en particulier ce qui suit dans leur appréciation du cas:

"L'évolution est donc sans réelle modification depuis 12 ans, sauf à préciser que, subjectivement, l'intensité des douleurs lombaires s'est accrue.

[...]

Lors de l'examen physique, Mme P. _____ se soumet sans rechigner aux tests à effectuer sur ordre. Au fil de l'investigation, elle manifeste toujours plus son inconfort, même pour des stimuli non nociceptifs: ainsi elle annonce des douleurs lombaires lors de la flexion du coude, lors de la marche sur les talons et la pointe des pieds. Elle manifeste des douleurs abdominales lors de la flexion de hanche. Si l'on fait abstraction de ce comportement qui apparaît comme une forme de communication, on ne retient objectivement pas de limitation fonctionnelle significative du rachis et des articulations périphériques autres que celles que l'on constate

d'ordinaire chez une femme de 59 ans, obèse et déconditionnée. Il n'y a aucun indice en faveur d'une lombalgie spécifique, en particulier pour un conflit disco-radicaire.

L'assurée ne dispose d'aucun document d'imagerie et, ces dernières années, aucun nouveau bilan, n'aurait été réalisé. Par acquit de conscience, nous pratiquons des radiographies du rachis lombaire qui ne révèlent que des troubles dégénératifs modérés, impropres à expliquer l'intensité du tableau clinique.

Le poids des facteurs psychosociaux et culturels dans l'absence d'insertion professionnelle de Mme P. _____ et dans son état de dépendance est frappant. Il se manifeste également lors de l'évaluation en atelier professionnel. Comme attendu, Mme P. _____ ne produit aucun effort pour communiquer à minima et pour donner un sens à l'observation en atelier professionnel. Après 45 minutes d'un entretien difficile avec le maître socio-professionnel (MSP), l'assurée allègue des douleurs diffuses, des troubles vertigineux, des troubles visuels. Le bilan, qui avait débuté par une épreuve simple de dextérité fine, doit être rapidement interrompu. Mme P. _____ fait la preuve qu'elle n'adhérera pas à la mesure: l'absence d'intérêt et de motivation est telle que la poursuite du programme est dénuée de sens.

Un tel comportement peut apparaître comme une forme d'opposition et soulève la question de troubles psychiques. Au cours du bilan psychiatrique, la présentation de l'assurée est bonne, le contact est fuyant, la collaboration est probablement au mieux de ce que l'assurée peut proposer, la cognition est dans la norme, l'orientation aux trois modes est bonne. Il n'y a ni trouble de la mémoire, ni ralentissement psychomoteur, ni agitation. Le discours est cohérent. On ne trouve pas de trouble du cours ou du contenu de la pensée, l'assurée partage le focus d'attention. L'examen psychiatrique du 12.01.12 met en évidence un moral plutôt préservé avec ruminations existentielles sans idées noires, une fatigue anamnestic sans trouble de concentration ou de mémoire, sans anhédonie, un repli social partiel en partie lié à des problèmes d'acculturation. Il n'y a pas de perte d'estime d'elle-même. Il y a des angoisses itératives qui passent seules, sans élément en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie, de phobie sociale, de crises d'anxiété généralisée, de la lignée obsessionnelle. Si l'examen ne retrouve pas de signe floride de la série psychotique, il est possible de mettre en évidence des traits de personnalité passive-agressive avec capacité réduite à prendre des décisions dans la vie quotidienne, sentiment de malaise à être seule. Ces traits de personnalité n'en constituent pas pour autant un trouble de personnalité.

L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquels ils se sentent bien mais, la plupart du temps, se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable; ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est partiellement le cas de l'assurée, qui est essentiellement entravée dans des difficultés de culture

(aussi bien transmission des valeurs familiales qui sont les siennes et d'acculturation avec le fait qu'elle ne parle ni ne lit le français). L'existence d'une symptomatologie algique pourrait faire envisager un tableau de trouble somatoforme douloureux persistant mais manquent alors l'intensité des plaintes et la détresse. L'absence de comorbidité psychiatrique et de véritable repli social (problèmes de culture mentionnés plus haut) ne permet pas d'envisager l'aspect incapacitant de cet hypothétique trouble somatoforme. Finalement, l'examen psychiatrique actuel ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

Au terme de l'entretien de synthèse, les experts ne sauraient s'écarter des conclusions émises il y a quelques années par les Drs J. _____ et V. _____, Mme P. _____ souffre certes de douleurs lombaires chroniques qui peuvent constituer un certain obstacle dans des activités lourdes, nécessitant le port de charges excédant 10 kg de façon répétée et le maintien de positions en flexion antérieure du rachis. Toutefois, dans une activité respectant ces limites, on ne voit pas ce qui médicalement pourrait empêcher Mme P. _____ de déployer une activité complète.

Comme nous l'avons souligné à chaque étape de notre bilan, les douleurs et le handicap allégués paraissent hors de proportion, sans commune mesure avec les constatations objectives. L'intervention prédominante des facteurs culturels dans l'absence d'insertion sociale et professionnelle de cette assurée est claire et nous ne trouvons pas d'élément nouveau, organique ou psychique, nous permettant de reconnaître une incapacité de travail dans une activité adaptée".

Dans un avis médical du SMR du 27 février 2012, le Dr K. _____ a constaté ce qui suit:

"Notre assurée a bénéficié d'une expertise multidisciplinaire, psychiatrique, médecine interne et rhumatologique en janvier 2012 à la CRR de Sion.

Sur le plan psychiatrique, le diagnostic retenu est celui de dysthymie et de traits de personnalité passive-agressive et la capacité de travail est de 100% sur le plan psychiatrique.

Sur le plan somatique, les experts ne s'écarteront pas des conclusions émises il y a quelques années par les Drs J. _____ et V. _____ lors de leur expertise en 2000 pour la W. _____ qui avait donc retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles sont: pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de position en flexion antérieure du rachis".

Le 6 juin 2012, l'OAI a effectué une nouvelle enquête économique au domicile de l'assurée. Celle-ci a déclaré qu'en bonne santé

elle travaillerait à 100% comme femme de ménage et que son mari a déposé une demande à l'AI, de sorte qu'elle serait la seule personne pouvant travailler. L'enquêtrice a retenu le statut d'active à 100%. Les empêchements dans l'activité de ménagère ont été évalués au total à 27.80%.

Le 21 juin 2012, l'OAI a demandé des précisions à l'assurée s'agissant de sa situation financière. L'assurée a indiqué qu'elle et son mari recevaient l'aide sociale depuis mars 2006 et que son mari ne travaillait plus depuis 2002.

Dans un avis juriste du 27 août 2012, l'OAI a estimé que l'assurée, compte tenu de sa situation personnelle, aurait augmenté son taux d'activité à 100% depuis 2006. Il a proposé de retenir un taux d'abattement de 10% du revenu d'invalidé, en raison des limitations fonctionnelles, en précisant que l'âge n'était pas un facteur déterminant car il n'influence pas vers le bas les salaires versés dans des activités simples et répétitives du tableau TA1 de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: l'ESS; TF 9C_130/2010 du 14 avril 2010 consid. 3.3.3).

Le 5 novembre 2012, l'OAI a accordé une aide au placement à l'assurée, sous forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

Dans un projet de décision du 5 novembre 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente. Il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieurs à 10 kgs; pas de position en flexion antérieure du rachis). Sans atteinte à la santé et compte tenu de l'enquête ménagère, elle exercerait l'activité de femme de ménage à 100%. Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 54'082 fr. 62 en 2012 selon l'ESS et d'un revenu d'invalidé de 34'072 fr. 05 - résultant du 70% de ce montant et d'un abattement de

10% au vu des limitations fonctionnelles - l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 37%.

Le 26 décembre 2012, l'assurée a contesté ce projet de décision, en faisant valoir qu'elle présentait une incapacité de travail de 100% et donc que le taux d'invalidité de 37% était erroné.

Par décision du 17 décembre 2012, l'OAI a refusé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, en se référant aux mêmes motifs que ceux indiqués dans son projet de décision du 5 novembre 2012.

C. Par acte du 30 janvier 2013, P. _____ a recouru contre cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a conclu à l'octroi d'une rente entière. Elle conteste pouvoir travailler, même dans une activité adaptée à son état de santé, et estime au contraire être totalement incapable de travailler, en raison des maladies dont elle souffre et des séquelles d'opération qu'elle a subies. Elle se déclare disposée à se soumettre à toutes mesures d'instruction médicale et à toute expertise pouvant être mise en œuvre.

L'assurée a produit un certificat médical du 27 décembre 2012 du Dr O. _____, retenant un arrêt de travail à 100% du 1^{er} janvier au 31 mars 2013.

Dans sa réponse du 25 mars 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours, en précisant ne rien avoir à ajouter à la décision entreprise.

E n d r o i t :

1. a) 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. 58 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) 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).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite du dépôt d'une nouvelle demande.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever

d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale

soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a). Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Ainsi, le Tribunal fédéral des assurances a maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels ou inversement (ATF 119 V 478 consid. 1b/aa; TFA I 276/05 du 24 avril 2006 consid. 2.2).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation

du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle, 2011, n° 3065, p. 833; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées).

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3; TF 9C_509/2011 du 18 octobre 2011 consid. 2.1).

d) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci: méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI; ATF 137 V 334; 130 V 393; 125 V 146).

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en

corrélation avec l'art. 16 LPGA et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références citées; ATF 128 V 29).

Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.2).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3; 131 V 51 consid. 5.1.2).

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de

son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées; 117 V 194 consid. 3b).

e) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible - le revenu d'invalidité peut être évalué, notamment, sur la base de salaires fondés sur les données

statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 3.2).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aacc; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1). Selon une jurisprudence récente, l'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation de l'administration. Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidité, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 in fine et les références citées).

4. a) Dans le cas présent, sur la base notamment du rapport d'enquête économique du 6 juin 2012 et des déclarations de l'assurée, l'OAI a retenu le statut d'active à 100%.

Cela correspond aux déclarations de l'assurée, qui a indiqué que sans atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 100% depuis 1998 et qu'elle exercerait l'activité de femme de ménage, par nécessité financière (formulaire 531bis rempli le 10 janvier 2011). L'assurée ne travaille plus depuis 2004 (à l'exception de 3 mois en 2007). Elle a du reste expliqué, lors de l'enquête économique du 6 juin 2012, qu'en bonne santé elle travaillerait à 100% comme femme de ménage, car son mari a déposé une demande à l'AI et qu'elle serait la seule personne pouvant

travailler. Le mari de l'assurée ne travaille plus depuis 2002 au moins, ainsi que cette dernière l'a indiqué en réponse au courrier de l'OAI du 21 juin 2012, et le couple touche l'aide sociale depuis mars 2006. A cet égard, l'OAI conclut qu'il est plausible que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait augmenté son taux d'activité à 100% depuis 2006, au vu de la longue inactivité professionnelle de son mari et du fait qu'ils touchent l'aide sociale à compter de 2006. Dès lors, il convient à tout le moins de retenir que l'assurée aurait travaillé à plein temps si elle n'était pas devenue invalide depuis 2006. C'est donc à juste titre que l'OAI a retenu le statut d'active à 100%. Cela n'est d'ailleurs pas contesté par la recourante.

Il y a donc eu modification du statut de l'assurée (personne active à 100%, et non plus active à 63% et ménagère à 37%), ce qui justifie une révision du droit à la rente par rapport à la décision sur opposition de l'OAI du 14 mars 2003.

b) Sur le plan médical, la recourante soutient qu'elle est totalement incapable de travailler, en raison des maladies dont elle souffre ainsi que des séquelles d'opérations qu'elle a subies.

Dans leur expertise de la CRR du 16 janvier 2012, les Drs G._____ et F._____ ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies non spécifiques. Dans leur appréciation du cas, ils ont indiqué que l'assurée souffrait de douleurs lombaires chroniques, pouvant constituer un certain obstacle dans des activités lourdes, nécessitant le port de charges excédant 10 kg de façon répétée et le maintien de positions en flexion antérieure du rachis. Ils ont précisé que les douleurs et le handicap allégués paraissaient hors de proportion, sans commune mesure avec les constatations objectives. Ces médecins ont précisé qu'ils ne s'écartaient pas des conclusions émises par les Drs J._____ et V._____, lesquels avaient retenus d'une part que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à sa capacité de travail sur le plan psychiatrique (rapport du 19 décembre 2000 du Dr V._____ et d'autre part qu'elle présentait sur le plan somatique une capacité de travail de

70% dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles (expertise du 23 octobre 2000 du Dr J._____).

La recourante n'a produit aucune pièce pouvant remettre en cause les conclusions des experts mandatés par l'OAI. En particulier, le certificat médical du 27 décembre 2012 du Dr O._____, qui se borne à faire état d'une période d'arrêt de travail, est dénué de toute motivation. Pour le surplus, l'expertise du 16 janvier 2012 des médecins de la CRR a valeur probante et permet de retenir que l'intéressée ne présente pas, par rapport aux circonstances prévalant lors de la décision sur opposition du 14 mars 2003, d'aggravation de son état de santé ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Les explications des experts, notamment s'agissant de l'incidence des atteintes à la santé (obésité, hypercholestérolémie, hypertension artérielle, dysthymie, troubles dégénératifs du rachis lombaire, prolapsus génital, polypes colo-rectaux), sont pleinement convaincantes. Il y a donc lieu de retenir, avec le SMR et l'OAI, que l'assurée présente une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La cause étant suffisamment instruite sur le plan médical, il n'y a pas lieu d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction, quand bien même la recourante s'est déclarée disposée à s'y soumettre.

c) En ce qui concerne le taux d'abattement sur le salaire d'invalidé que l'on peut reconnaître à la recourante, il faut examiner dans le cas concret si des indices permettent de conclure qu'à cause de l'une ou l'autre de ces caractéristiques, l'assurée n'est pas en mesure d'utiliser sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire du travail que contre une rémunération inférieure au salaire moyen correspondant (ATF 134 V 322 consid. 5.1). S'agissant du calcul de l'invalidité, l'OAI retient un taux d'abattement de 10% du revenu d'invalidé, comme dans sa première décision du 27 janvier 2003. Sur la base d'un avis juriste du 27 août 2012, il soutient qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de l'âge dans le taux d'abattement pour les activités simples et répétitives, l'âge n'entraînant pas de baisse de salaire dans cette catégorie (niveau 4 du tableau TA ESS; VSI 1999 p. 251; TF 9C_130/2010 du 14 avril 2010 consid. 3.3.3).

En effet, dans un arrêt paru en 1999 (VSI 1999 p. 246), le Tribunal fédéral n'a notamment pas admis une réduction en raison de l'âge avancé d'un assuré - qui avait 53 ans au moment de la décision attaquée - étant donné que si la courbe des salaires a tendance à se stabiliser avec l'âge, ce facteur n'entraîne généralement pas une réduction du salaire. D'un autre côté, le Tribunal fédéral a retenu que le taux maximal de réduction de 25% pouvait se justifier en raison des facteurs liés à l'âge. Il a ainsi notamment jugé que la réduction maximale de 25% pouvait se justifier chez un assuré de 60 ans qui avait travaillé toute sa vie dans la construction et qui avait cessé de travailler suite à un accident dans la mesure où, au vu de sa capacité de travail réduite même pour des travaux légers, il était hautement vraisemblable qu'il n'atteindrait pas le revenu moyen des travailleurs de ce secteur (TFA U 436/04 du 12 avril 2005 consid. 4.2). Il a par ailleurs appliqué le même taux de réduction à un assuré âgé de plus de 60 ans qui ne pouvait mettre en oeuvre sa capacité de travail qu'à 50% (TFA I 269/03 du 25 avril 2005). De plus, dans de nombreux arrêts, le Tribunal fédéral a posé comme principe que la mesure dans laquelle le revenu d'invalidé fondé sur l'ESS doit être réduit dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier, ce qui comprend également l'âge de l'assuré (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc; TF 8C_705/2011 du 21 octobre 2011 consid. 3.1; TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.1; TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.2).

En l'occurrence, l'OAI se fonde sur l'arrêt 9C_130/2010 du 14 avril 2010 pour nier toute prise en compte de l'âge pour des activités simples et répétitives. Or, la réduction du montant des salaires ressortant des statistiques ne doit pas être effectuée de manière schématique comme mentionné par la jurisprudence précitée, mais elle doit tenir compte de l'ensemble des circonstances (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) afin de déterminer un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'assuré (ATF 126 V 75).

d) Dans le cas présent, l'OAI ne peut refuser schématiquement de tenir compte de l'âge de la recourante comme motif de réduction du montant des salaires statistiques dans le cas d'activités simples et répétitives. Il doit en effet tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas concret, conformément à la jurisprudence précitée. Cela étant, la présente procédure concerne une nouvelle demande de prestations d'invalidité. Or, l'expertise de 2012 de la CRR ne fait que confirmer l'expertise de 2000 (il n'y a pas eu d'aggravation de l'état de santé) en ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée qui était exigible déjà en 2000. La révision de la rente est justifiée par le changement de statut de l'assurée (active à 100%), qui bien que constaté en 2012, date de 2006. Or, en 2006, l'assurée était âgée de 53 ans, un âge qui aurait encore pu lui permettre de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail. Au demeurant, l'écoulement du temps ne peut en soi légitimer l'augmentation d'une rente par le biais d'une procédure de révision (TF 9C_156/2011 du 6 septembre 2011 consid. 4.2; TF 9C_50/2010 du 6 août 2010 consid. 5 et la référence citée).

Dès lors, c'est à juste titre que l'OAI s'est fondé sur un taux d'abattement de 10% du revenu d'invalidé. Il y a donc lieu de se baser, comme l'a fait l'OAI, sur un revenu sans invalidité de 54'082 fr. 62 et un revenu d'invalidé de 34'072 fr. 05 (correspondant au 70% de ce montant, moins 10%), ce qui conduit à un degré d'invalidité de 37%. La recourante n'a donc pas droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI).

Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par l'OAI.

5. a) 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

b) Au vu de l'issue du litige, la recourante succombe, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 17 décembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

- 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 :

- P. _____
- 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 :