

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juin 2015

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Dormond Béguelin et M. Bidiville, assesseurs  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

T. \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; art. 17 et 28 LAI ; art. 88 et 88a RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante kosovare née en 1954, est mère de trois enfants majeurs. Elle est entrée en Suisse en 1987 et, faute de formation professionnelle, a exercé notamment l'activité d'employée de maison. Elle a été engagée en cette qualité à plein temps dès juillet 1997 par la Résidence F.\_\_\_\_\_SA à [...], tout en conservant en sus une activité accessoire de concierge.

Victime de douleurs lombaires, elle a été en incapacité totale et durable de travail dès le 9 avril 2005, prononcée par son médecin traitant, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, oncologie et hématologie.

La Résidence F.\_\_\_\_\_SA a résilié les rapports de travail avec effet au 30 septembre 2005.

**B.** Par dépôt du formulaire ad hoc le 17 août 2005 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'assurée a soumis une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI).

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a sollicité un rapport du médecin traitant, ainsi que les pièces médicales réunies par l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, à savoir la D.\_\_\_\_\_SA, laquelle a diligenté deux expertises de l'assurée. Une première expertise a été réalisée sur le plan somatique par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie (cf. rapport correspondant du 8 juillet 2005), la seconde ayant été effectuée sous l'angle psychiatrique par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (cf. rapport du 4 juillet 2006).

Les diagnostics retenus globalement par ces spécialistes étaient ceux de « lombosciatalgie droite », « hernie discale L3-L4 paramédiane droite », « probable trouble somatoforme douloureux chronique » et « état anxieux dépressif ». L'expert rhumatologue considérait que l'incapacité de travail était totale pour des raisons psychosomatiques, compte tenu de l'importance du syndrome douloureux. L'expert psychiatre avait quant à lui constaté une « discordance entre les plaintes alléguées et le handicap objectif observé », ainsi que la non-observance du traitement antidépresseur prescrit, mais retenait néanmoins un « état dépressif de gravité légère à moyenne ». Il concluait que, nonobstant les plaintes somatiques, la symptomatologie dépressive n'était pas majeure dans une activité adaptée aux limitations théoriques objectives, de sorte que l'assurée devait être apte à les assumer au moins à 60%. En outre, si une meilleure observance au traitement était obtenue, l'assurée devait être en mesure de travailler à 100% dans une activité médico-théorique adaptée.

Après examen de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, conjointement avec la D. \_\_\_\_\_ SA. Celle-ci a été confiée à un centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), soit au Centre M. \_\_\_\_\_, et réalisée le 18 janvier 2007 par les Drs K. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en rhumatologie et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Les experts ont diagnostiqué une « hernie discale L3-L4 paramédiane droite sans déficit radiculaire » susceptible de se répercuter sur la capacité de travail. Ils ont évoqué également les diagnostics de « syndrome douloureux chronique touchant les ceintures scapulaire et pelvienne », « hypertension artérielle », « hypercholestérolémie » et « dysthymie », lesquels demeuraient sans influence sur la capacité de travail. Ils ont précisé au titre de limitations fonctionnelles des restrictions au port occasionnel de charges de plus de 15 kg et au port régulier de charges excédant 7 kg. Sous l'angle psychiatrique, ils ont considéré

l'absence d'atteinte majeure, en présence d'un « abaissement de l'humeur réactionnel » correspondant au maximum à une « dysthymie ». Eu égard à la faible capacité d'adaptation et à l'âge de l'assurée, une baisse de rendement de 20% pouvait cependant être prise en considération dans l'exercice d'une activité lucrative à plein temps.

Dans le contexte de la contestation des conclusions des experts du Centre M.\_\_\_\_\_, l'assurée, assistée de son conseil, a remis à l'OAI en date du 19 mai 2008, deux expertises médicales réalisées à sa demande, \_\_\_\_\_ respectivement \_\_\_\_\_ le 11 décembre 2007 par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et le 28 janvier 2008 par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 17 décembre 2007, le Dr V.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une « discopathie relativement prononcée en L3-L4 », une « discopathie de degré moindre en L4-L5 », une « obésité de classe I selon l'OMS avec déconditionnement physique global », une « hypertension artérielle » et une « hypercholestérolémie anamnestique ». Il a conclu à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de nettoyeuse et de 80% dans une activité sans port, ni soulèvement de charges de plus de 10 kg, sous suite d'une baisse de rendement en raison de l'atteinte dégénérative du rachis lombaire.

Quant au Dr W.\_\_\_\_\_, il a posé les diagnostics de « syndrome somatoforme douloureux persistant » et « épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique ». En termes de capacité de travail, l'assurée devait pouvoir exercer une « activité professionnelle à 50%, augmentée progressivement à 60% au moins ».

Analysant les pièces médicales dans un avis du 18 juillet 2008, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a considéré que les conclusions des rapports d'expertise privée relevaient d'une appréciation différente d'une

situation identique à celle analysée par le Centre M.\_\_\_\_\_, dont il convenait de suivre les observations.

En date du 29 janvier 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité. Se fondant sur les pièces médicales à disposition et l'avis du SMR précité, il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 100%, avec une baisse de rendement de 20%, dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles établies (absence de port de charges régulier de 5-7 kg, occasionnellement de 15 kg). Procédant à une évaluation du préjudice économique, l'OAI a estimé que l'assurée était en mesure de réaliser, dans l'activité habituelle d'employée de maison ainsi que dans l'activité accessoire de concierge, un revenu annuel de 41'912 fr., compte tenu d'une diminution de rendement de 20%. Un tel revenu, comparé au revenu sans invalidité de 52'390 fr. (soit 44'590 fr. réalisé annuellement dans l'activité habituelle au sein de la Résidence F.\_\_\_\_\_SA, majoré de 7800 fr. par année dégagé en qualité de concierge), mettait en évidence une perte de gain de 10'478 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 20%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

L'assurée a fait part de ses objections contre le projet de décision du 29 janvier 2009 par écriture du 16 mars 2009. Elle reprochait à l'OAI de s'être référé à l'expertise réalisée au Centre M.\_\_\_\_\_ en 2007, alors que ses conclusions étaient en totale contradiction avec les appréciations des deux experts mandatés à titre privé, ainsi qu'avec l'avis de ses médecins traitants, les Drs B.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie en charge de son suivi depuis mars 2006. Elle concluait principalement à ce qu'un taux d'invalidité de 100% lui soit reconnu, depuis la date du dépôt de sa demande de prestations et, à titre subsidiaire, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

Par décision du 29 juin 2009, dont la motivation était identique à celle du projet de décision du 29 janvier 2009, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Dans une lettre d'accompagnement adressée le même jour, l'OAI a indiqué que la contestation du 16 mars 2009 n'était pas susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, laquelle reposait sur l'expertise du 16 mars 2007 dont la valeur probante était pleinement reconnue.

Saisie d'un recours de l'assurée du 19 août 2009 contre cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté par \_\_\_\_\_ arrêt \_\_\_\_\_ du 23 février 2012 en la cause AI 372/09 - 72/2012, considérant que l'expertise réalisée au sein du Centre M. \_\_\_\_\_ pouvait se voir conférer pleine valeur probante et que les expertises privées constituaient pour l'essentiel des appréciations différentes d'une situation médicale identique. La Cour a au surplus confirmé une capacité de travail de 100% dans toutes activités respectant les restrictions fonctionnelles de l'assurée, telles que décrites au sein du Centre M. \_\_\_\_\_, ainsi que le taux d'invalidité de 20% déterminé par l'OAI.

Un recours en matière de droit public du 30 mars 2012 a été rejeté par le Tribunal fédéral dans un arrêt 9C\_287/2012 du 18 septembre 2012.

**C.** Dans l'intervalle, soit dès le 8 juillet 2009, l'OAI a entamé le réexamen des droits de l'assurée, suite à un entretien passé dans le contexte de la mise en œuvre d'une mesure d'aide au placement.

Le 20 juillet 2009, le psychiatre traitant de l'assurée, le Dr H. \_\_\_\_\_, a complété un rapport à l'attention de l'OAI, diagnostiquant un « épisode dépressif majeur, d'intensité moyenne, chronique » depuis 2005, une « exacerbation aiguë de l'état dépressif chronique » constatée le 9 juillet 2009 et un « trouble douloureux chronique ». Il a préconisé une incapacité de travail de 50% au minimum du point de vue psychiatrique, la

péjoration des symptômes impliquant toutefois une incapacité totale de travail dès juillet 2009.

Le Dr B. \_\_\_\_\_ a également fait parvenir un rapport à l'OAI le 5 août 2009, reprenant les diagnostics et constats évoqués au sein du COMAI, de même que réitérant une incapacité de travail totale depuis avril 2005.

En date du 19 avril 2012, le Dr H. \_\_\_\_\_ a renseigné l'OAI sur l'évolution de la situation, soit une chronicisation des troubles psychiques entraînant une incapacité de travail de 50% depuis 2005, alors que l'état de santé global, y inclus les troubles somatiques, imposait à son sens une incapacité totale de travail.

Le Dr B. \_\_\_\_\_ a pour sa part signalé une augmentation des lombalgies dans un rapport intermédiaire du 9 mai 2012.

Le SMR, sous la plume des Drs S. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, a considéré le 22 mai 2012, à l'examen de ces documents médicaux précités, qu'aucune aggravation n'était démontrée depuis 2008.

Le 27 novembre 2012, l'OAI a rendu un projet de décision en vue d'un refus de prestations, estimant que la situation de l'assurée ne s'était pas aggravée de manière significative depuis la décision initiale de refus du 29 juin 2009 et maintenant que son taux d'invalidité se montait à 20%.

Le Dr B. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI, par pli du 10 décembre 2012, réitéré le 24 janvier 2013, un tirage d'un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du dos réalisée le 1<sup>er</sup> novembre 2012. Il en résultait des « discopathies dégénératives et bombantes en L2-L3, L3-L4 et L4-L5 avec sténose relative des trous de conjugaison sans compression significative du sac dural et des racines », ainsi qu'une « arthrose postérieure particulièrement développée en L5-S1 ».

Une décision, reprenant les termes du projet de refus de prestations du 27 novembre 2012, a été établie le 23 janvier 2013 par l'OAI et est entrée en force en l'absence de recours de l'assurée.

**D.** Celle-ci a formulé une nouvelle demande de prestations AI le 24 septembre 2013 en complétant le formulaire à cette fin, arguant de « douleurs dans la colonne vertébrale et les genoux », en sus d'un « moral bas et insomnie ».

Après que l'OAI lui eut rappelé qu'il lui incombait de rendre plausible une aggravation substantielle de sa situation, l'assurée a fait parvenir un rapport du Dr B.\_\_\_\_\_, daté du 15 octobre 2013. Ce praticien y a relaté les diagnostics de « gonarthrose bilatérale débutante », « cervicalgies et lombalgies chroniques sur discopathies dégénératives et bombantes L2-L3, L3-L4 et L4-L5 avec sténose relative des racines », « arthrose postérieure particulièrement développée en L5-S1 » et « status post-hernie discale L3-L4 paramédiane droite ». Il a également attesté de l'augmentation des douleurs lombaires.

Le 24 octobre 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ a en outre communiqué à l'OAI une copie du rapport d'examen, établi le 3 octobre 2013 par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie au sein du Centre Q.\_\_\_\_\_, lequel a notamment relevé une « gonarthrose débutante » à la suite d'un bilan radiologique.

Vu ce nouveau diagnostic, l'OAI, suivant une recommandation du SMR du 24 janvier 2014, a requis des informations complémentaires auprès du centre médical susmentionné. Le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie au sein de ce centre, a adressé un rapport à l'OAI le 12 avril 2014, retenant un « syndrome cervico-vertébral et lombo-vertébral chronique sur troubles dégénératifs étagés », un « syndrome myofascial au niveau des muscles trapèzes de la hanche gauche » et une « gonarthrose bilatérale débutante ». Il a préconisé une incapacité totale de travail dans une « activité modérément physique ».

Par avis du 3 juin 2014, les Drs A.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, médecins au SMR, ont constaté que les précédentes conclusions de ce même service en termes d'exigibilité, communiquées le 16 avril 2007, demeuraient d'actualité en l'absence d'aggravation sur le plan rhumatologique compte tenu de la description clinique. Le status des genoux s'avérait rassurant en dépit de la gonarthrose débutante.

Par projet de décision du 15 août 2014, l'OAI, se basant sur l'appréciation du SMR, a envisagé de nier derechef le droit de l'assurée à des prestations AI, maintenant qu'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée restait exigible sous suite d'une baisse de rendement limitée à 20%.

Une décision du 25 septembre 2014, reprenant les termes dudit projet, a été notifiée à l'assurée.

**E.** Par acte de recours du 23 octobre 2014, l'assurée, représentée par un nouveau conseil, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, sous suite principalement de l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement de la mise en œuvre de mesures professionnelles ou d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a en outre requis un délai supplémentaire pour compléter son recours après avoir pu prendre connaissance de l'intégralité de son dossier AI.

L'intimé a produit sa réponse au recours le 3 décembre 2014 préavisant son rejet. Il a mis en exergue le rapport établi par le SMR le 3 juin 2014 après analyse des nouvelles pièces médicales et relevé qu'il était loisible à l'assurée de solliciter une mesure d'aide au placement, à laquelle elle avait précédemment renoncé et dont l'exécution pourrait permettre l'examen d'éventuelles autres mesures professionnelles.

Le 22 décembre 2014, l'assurée a remis à la Cour des assurances sociales une copie du rapport d'imagerie médicale du 17 décembre 2014 portant sur son genou gauche, lequel relatait une

« chondropathie assez sévère du condyle fémoral interne associée à des altérations dégénératives de la corne postérieure du ménisque sans déchirure franche », une « amputation du corps du ménisque externe », une « chondropathie rotulienne modérée », une « synovite et kyste de Baker » et une « plica pararotulienne interne ».

Le conseil de la recourante a informé la Cour des assurances sociales du terme de son mandat en date du 20 janvier 2015.

Les parties n'ayant pas procédé plus avant, la cause a été gardée à juger.

### **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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20

décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours formé le 23 octobre 2014 contre la décision de l'OAI du 25 septembre 2014 a été interjeté en temps utile. Il respecte par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2.** Est litigieux in casu le droit de la recourante à des prestations de l'AI, singulièrement sous forme de rente et de reclassement professionnel, des suites de sa troisième demande en ce sens, déposée le 24 septembre 2013 et rejetée par l'intimé dans sa décision du 25 septembre 2014.

L'assurée a essuyé deux précédents refus par décisions des 29 juin 2009 et 23 janvier 2013, étant rappelé que celle du 29 juin 2009 a été confirmée par la Cour de céans par arrêt du 23 février 2012 et par le Tribunal fédéral dans un arrêt du 18 septembre 2012. Quant à la décision du 23 janvier 2013, consécutive à l'allégation d'une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante, elle est entrée en force en l'absence de toute contestation de l'assurée.

A l'issue de la décision actuellement entreprise, l'OAI a retenu que la situation somatique de la recourante n'avait pas évolué de manière substantielle, qu'elle présentait dès lors toujours une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et un degré d'invalidité de 20%.

Dans ce contexte, la recourante conteste essentiellement la capacité de travail que lui a reconnue l'intimé, s'estimant incapable d'exercer une quelconque activité lucrative au vu d'un état de santé sans cesse péjoré, notamment au vu de la survenance d'une gonarthrose bilatérale. Elle se prévaut à cet égard des rapports établis par les différents médecins traitants consultés et remet en définitive en question les conclusions du SMR. Elle ne soulève en revanche aucun grief spécifique en lien avec l'aspect économique de son dossier, se limitant à solliciter à titre subsidiaire une mesure de reclassement afin de pouvoir intégrer un emploi adapté.

**3.** Il y a lieu préliminairement de rappeler les principes afférents à la procédure de révision, puisque le présent litige s'inscrit dans le cadre d'une demande de l'assurée en vue du deuxième réexamen de ses droits.

**a)** Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**b)** Les principes régissant l'entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des dispositions légales ci-dessus sont les suivants : l'administration doit commencer par déterminer si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2 ; 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1).

Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; I 25/2007 du 2 avril 2007 consid. 3.1).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 275 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine ; RCC 1987 p. 36 ; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg, 2003, ch. 490 p. 135).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au

moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006 consid. 2.2).

**c)** In casu, l'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations AI formulée par l'assurée le 24 septembre 2013, après avoir constaté que les éléments produits par celle-ci ne permettaient pas d'exclure a priori une aggravation de son état de santé depuis la précédente décision de refus de prestations entrée en force, à savoir celle du 23 janvier 2013.

Au terme de l'instruction complète de la situation de la recourante, l'OAI a certes admis une modification de l'état de fait compte tenu de la survenance d'une gonarthrose bilatérale. Cela étant, il a retenu que cette modification n'était pas suffisante pour justifier une modification de l'exigibilité de l'exercice à 100%, sous suite de baisse de rendement de 20%, d'une activité lucrative respectant les limitations fonctionnelles précédemment décrites, ni une réévaluation du taux d'invalidité fixé à 20%.

Il y a donc lieu d'examiner les bases matérielles de la décision du 25 septembre 2014, tout en concédant, à l'instar de l'OAI, qu'une procédure de révision en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA se justifiait effectivement dans le cas de la recourante au vu des pièces produites à l'appui de sa nouvelle requête, singulièrement en présence d'une nouvelle atteinte à la santé.

En particulier, il s'agira en premier lieu de se prononcer sur la teneur des différentes pièces médicales réunies suite à la demande de prestations du 24 septembre 2013 et sur la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire, les griefs de la recourante portant essentiellement sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail.

En second lieu, il conviendra d'examiner sa conclusion subsidiaire tendant à l'octroi d'un reclassement professionnel destiné à lui permettre d'accéder à une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

On ajoutera que le point de départ de l'examen d'une éventuelle modification de la situation factuelle est constitué par la précédente décision rendue sur le fond par l'OAI, soit celle du 23 janvier 2013. Cela étant, cette dernière décision a statué exclusivement sur l'état de santé psychique de l'assurée, par le constat d'une absence de modification substantielle à cet égard. Par conséquent, dans la mesure où la demande de prestations du 24 septembre 2013 se réfère à une aggravation de la situation somatique, le Cour de céans devra prendre en considération une évolution éventuellement survenue depuis la décision du 29 juin 2009, où l'état de santé physique et les restrictions fonctionnelles de l'assurée ont été analysées à l'aune des conclusions du Centre M.\_\_\_\_\_.

**4. a)** En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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 (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.

A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGa) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde 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 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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 ; 105 V 156 consid. 1 ; 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**c)** Par ailleurs, il y a lieu de rappeler que le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Néanmoins, un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet

d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_193/2012 du 26 juillet 2012 et jurisprudence citée ; 9C\_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2).

**d)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

**5.** S'agissant du volet médical de ce dossier, soit de l'estimation de la capacité de travail de la recourante, celle-ci a fait l'objet d'un examen médical approfondi sur les plans psychiatrique et rhumatologique auprès du Centre M. \_\_\_\_\_ en date du 18 janvier 2007.

Ce document s'était vu accorder pleine valeur probante par la Cour de céans dans son arrêt du 23 février 2012, confirmé par le Tribunal fédéral le 18 septembre 2012.

Une modification de la situation sur le plan psychique n'est pas alléguée dans le cadre de la présente procédure, celle-ci ayant au surplus fait l'objet de la décision du 23 janvier 2013 entrée en force.

Du point de vue somatique, les diagnostics retenus en 2007 par les experts, les Drs K. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, ont certes évolué depuis lors, compte tenu de la survenance de « discopathies dégénératives et

bombantes L2-L3, L3-L4 et L4-L5 avec sténose relative des racines », d'une « arthrose postérieure en L5-S1 » et d'une « gonarthrose débutante » (cf. rapports des Drs B.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ des 3 et 15 octobre 2013, ainsi que 12 avril 2014).

Cela étant, force est de constater que les répercussions de ces nouvelles atteintes à la santé en termes de capacité de travail et de restrictions fonctionnelles demeurent substantiellement identiques à celles relatées par les experts du Centre M.\_\_\_\_\_.

Ces derniers avaient en effet considéré sur le plan somatique que l'assurée était dotée d'une capacité de travail de 100%, avec une baisse de rendement de 20%, dans toutes activités sans port de charge régulier de plus de 7 kg et occasionnel de plus de 15 kg. La diminution de rendement résultait de l'âge de l'assurée et de son manque de flexibilité.

En l'état, les rapports des médecins traitants, sur lesquels la recourante s'appuie pour requérir principalement la reconnaissance d'une totale incapacité de travail et partant le droit à une rente entière d'invalidité, ne relatent pas d'éléments qui permettraient d'infirmier l'actualité des conclusions des experts du Centre M.\_\_\_\_\_.

En effet, s'agissant du rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 15 octobre 2013, il sied d'observer que ce praticien se limite à relayer les plaintes forcément subjectives de sa patiente, attestant de l'aggravation de ses douleurs lombaires. De facto, il n'objective aucune péjoration sérieuse de l'état des vertèbres lombaires de la recourante, son estimation de la capacité de travail demeurant inchangée à un maximum de 20%.

Le rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2013, sur lequel se base également le Dr B.\_\_\_\_\_, insiste certes sur des « discopathies lombaires », lesquelles étaient toutefois connues de longue date et déjà investiguées au sein du Centre M.\_\_\_\_\_.

Quant au rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 12 avril 2014, il y a lieu de se rallier aux considérations contenues dans l'avis du SMR du 3 juin 2014 eu égard au « syndrome myofascial avec trigger points », en ce sens qu'un tel diagnostic apparaît pour le moins proche du « syndrome somatoforme douloureux » analysé également par les Drs K. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ au Centre M. \_\_\_\_\_, les points douloureux n'ayant pas de conséquence ou de substrat organique manifeste. On relèvera par ailleurs que le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'exclut pas une capacité de travail substantielle, puisqu'il estime l'incapacité totale de travail exclusivement dans le cas où une « activité modérément physique » venait à être exercée. On notera enfin que ce spécialiste a exclu un « syndrome lombo-radiculaire irritatif ou déficitaire » à l'issue d'un rapport médical adressé au Dr B. \_\_\_\_\_ le 10 novembre 2013.

Par ailleurs, s'agissant spécifiquement de l'atteinte des genoux, singulièrement de l'atteinte du genou gauche, les constats contenus dans le rapport d'imagerie du 17 décembre 2014 ne sauraient être pris en considération, ce non pas tant en raison du fait que ce rapport est postérieur à la décision querellée, mais compte tenu des observations objectives résultant de l'examen clinique de l'assurée. Quand bien même l'imagerie met en évidence une « chondropathie assez sévère du condyle fémoral », il faut rappeler que les spécialistes ayant examiné l'assurée, soit aussi bien le Dr Z. \_\_\_\_\_ que le Dr R. \_\_\_\_\_, ont relevé une situation clinique plutôt dans les limites de la norme. On ne peut dès lors considérer que cette atteinte du genou serait susceptible d'entraîner de nouvelles limitations fonctionnelles, ou une réduction importante de la capacité de travail dans une activité adaptée.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de se fonder sur l'analyse du SMR, singulièrement sur son avis du 3 juin 2014, pour déduire, à l'instar de l'intimé, l'absence d'éléments nouveaux justifiant de s'écarter des conclusions du Centre M. \_\_\_\_\_ sur le plan somatique.

Il faut par ailleurs considérer que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, telle qu'envisagée par la recourante, s'avère

manifestement superflue, l'OAI ayant procédé à l'ensemble des investigations utiles en recueillant exhaustivement les informations récentes disponibles auprès des médecins en charge de l'assurée. L'on ne voit au surplus pas qu'une expertise complémentaire soit de nature à apporter un éclairage nouveau ou différent des problèmes de santé objectivement décelés auprès de la recourante, ni de leurs conséquences. La conclusion subsidiaire de l'assurée à cet égard ne peut donc qu'être rejetée par le biais d'une appréciation anticipée des preuves.

En définitive, on retiendra que l'assurée demeure dotée d'une capacité de travail de 100%, en dépit d'une baisse de rendement de 20%, dans toutes activités excluant le port de charges lourdes, ce qui correspond à une situation inchangée par rapport aux constats médicaux consignés par les spécialistes du Centre M.\_\_\_\_\_.

Vu les éléments qui précèdent, il s'impose de déduire l'absence de modification de l'état de fait de nature à constituer un motif de révision des droits de l'assurée, au sens entendu par l'art. 17 LPGA.

**6.** Il s'agit à ce stade de se prononcer brièvement sur l'aspect économique du dossier de la recourante, soit l'évaluation de son invalidité au taux de 20%, tel que déterminé par l'OAI aux termes de ses différentes décisions.

Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

En l'occurrence, on réitérera l'absence de modification factuelle substantielle de la situation de la recourante depuis la précédente décision de refus de prestations de l'OAI du 23 janvier 2013, singulièrement depuis celle du 29 juin 2009, permettant de conclure au défaut de motif de révision selon l'art. 17 LPGa (cf. développements contenus au considérant 5 ci-dessus).

Partant, le degré d'invalidité précédemment reconnu à l'assurée, confirmé par les instances de recours cantonale et fédérale, demeure fixé à 20%, sans qu'il se justifie de procéder à une nouvelle évaluation à cet égard.

**7.** Reste à analyser le droit éventuel à des mesures professionnelles, singulièrement à un reclassement en vertu de l'art. 17 LAI, que revendique la recourante à titre subsidiaire.

**a)** Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5e révision de l'AI]; FF 2005 4215, 4223 ch. 1.1.1.2).

L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles – fonctionnelles et/ou intellectuelles – de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 138 I 205 consid. 3.1 et la référence citée).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de

requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et la référence citée).

**b)** Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

**c)** Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, il ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissances. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. La personne qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a). Une mesure de reclassement ne saurait être interrompue de façon prématurée, aussi longtemps que le but de réadaptation visé peut, dans les limites de la proportionnalité, encore être atteint (TFA I 34/95 du 21 juillet 1995 consid. 3c).

L'exigence de l'équivalence approximative avec l'activité antérieure ne se rapporte pas en premier lieu au niveau de formation, mais aux perspectives de gain après la réadaptation en tenant compte des exigences accrues de la profession envisagée. Le critère de l'équivalence approximative des activités ne doit pas être apprécié uniquement sous l'angle des possibilités de gain actuelles offertes par la profession initiale et par la nouvelle ; il faut bien plus prendre en considération, sur la base d'un pronostic, l'évolution ultérieure des salaires, la durée d'activité et la valeur qualitative des deux formations à comparer (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle, 2011, p. 455 et 456, n. 1696 et 1697 et références jurisprudentielles citées).

**d)** En l'occurrence, la recourante, sans formation professionnelle de base, est en mesure de mettre à profit une capacité de travail de 100% dans toutes activités excluant le port de lourdes charges (occasionnellement de plus de 15 kg et régulièrement de plus de 7 kg). Elle peut ainsi poursuivre l'exercice de son activité habituelle d'employée de maison et de concierge, en dépit d'une diminution de rendement de

20% consécutive à des facteurs étrangers à l'invalidité, soit son âge et son manque de flexibilité.

En conséquence, il ne fait pas de doute qu'un reclassement professionnel ne remplirait pas les conditions mises à son octroi, à savoir les critères d'adéquation, de nécessité et de simplicité, puisque la recourante est susceptible de réintégrer son ancienne profession, sans formation complémentaire, ni remise à niveau.

Au demeurant, l'on ne voit quelle profession lui permettrait de réduire son préjudice économique, puisque la diminution de rendement de 20% concédée par les experts du Centre M. \_\_\_\_\_ serait perceptible dans toutes activités.

Il apparaît de toute façon qu'au vu du parcours scolaire élémentaire et du défaut de formation professionnelle certifiée, ainsi que de la faible maîtrise de la langue française et de l'âge de la recourante, les probabilités de succès d'un reclassement dans une nouvelle profession sont quasiment nulles, une telle mesure s'avérant de toute manière disproportionnée.

A cela s'ajoute qu'en raison de la diminution de rendement dans toutes activités, s'est dans une profession générant un revenu de 25% supérieur à celui réalisé dans son ancienne profession que la recourante devrait s'orienter pour s'assurer une possibilité de gain à peu près équivalente.

L'on doit en conséquence considérer qu'un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI ne se justifie ni objectivement, ni subjectivement, la seule mesure pouvant entrer sérieusement en ligne de compte se trouvant être l'aide au placement préconisée précédemment par l'OAI, à laquelle la recourante a pourtant décidé de renoncer.

**8.** Il résulte de l'exposé qui précède que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

**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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs.

**b)** Vu l'issue du recours, la recourante n'obtenant pas gain de cause et n'étant de toute façon plus représentée, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 septembre 2014 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 :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- T. \_\_\_\_\_, à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :