

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 janvier 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 ss et 43 al. 1 LPGA ; 87 RAI.

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1981, a travaillé en dernier lieu en tant qu'auxiliaire de garderie, d'avril à juillet 2009. Auparavant, elle a notamment exercé les activités de secrétaire et de monitrice de fitness.

Le 13 décembre 2010, le Centre social intercommunal de [...] a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un formulaire de détection précoce concernant l'assurée.

Le 16 février 2011, l'intéressée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, sollicitant l'octroi d'une rente, en raison d'une atteinte au dos, d'une inflammation des muscles et des nerfs, ainsi que d'articulations douloureuses. Elle a indiqué être au bénéfice d'un arrêt maladie depuis août 2009.

Dans son rapport du 25 février 2011, le Dr N._____, spécialiste en neurologie, a émis l'hypothèse d'une forme de fibromyalgie.

Dans son rapport du 10 mars 2011, le Dr T._____, spécialiste en rhumatologie, a notamment posé les diagnostics de douleurs péri- et polyarticulaires et musculaires diffuses d'origine indéterminée, ainsi que de syndrome de fatigue chronique. Il a exposé qu'il n'y avait pas d'argument rhumatologique pouvant justifier une restriction physique. Il a énoncé qu'un bilan psychologique devrait probablement être effectué. Il a retenu une capacité totale de travail avec un rendement réduit en raison de douleurs multiples.

Par avis médical du 12 octobre 2011, le Dr B._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire.

L'OAI a confié un tel mandat au Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 9 janvier 2012, cet expert a posé le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de dysthymie (F 34.1). Il a précisé que sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et que l'assurée disposait d'une capacité de travail totale dans toute activité.

Dans son rapport du 20 janvier 2012, le Dr V._____, médecin au SMR, a retenu une absence d'atteinte à la santé invalidante et une entière capacité de travail dans toute activité.

Par projet de décision du 31 janvier 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

Par décision du 16 mars 2012, l'OAI a confirmé son refus de prestations, dans les mêmes termes que ceux figurant dans son projet de décision. Cette décision est entrée en force.

B. Le 20 septembre 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, en faisant état de dépression, de thalassémie mineure, d'ulcère chronique, de carences en tout genre dues à des problèmes gastriques, ainsi que de prolapsus des intestins avec hémorroïdes.

Dans ce contexte, l'intéressée a notamment transmis un rapport du 30 août 2012 des Drs C._____ et K._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant à la Fondation G._____, Hôpital psychiatrique, consécutif à son hospitalisation du 20 au 28 août 2012 à la suite d'une tentative de suicide. Ces médecins ont posé les diagnostics de trouble de l'adaptation (F 43.2) et de probable trouble de la personnalité à investiguer.

Par avis médical du 17 mai 2013, le Dr V._____ a proposé qu'il soit procédé à un complément d'expertise psychiatrique auprès du Dr Q._____.

Informée de cet examen complémentaire, l'assurée a signifié, par courrier du 21 juin 2013, qu'elle souhaitait que celui-ci soit effectué par un autre expert. Elle a indiqué que lors d'un précédent entretien, le Dr Q._____ ne lui avait pas semblé tenir compte de certaines informations, notamment qu'elle était en attente d'un rendez-vous chez un gastro-entérologue pour confirmer de premières analyses. Elle a ajouté que cet expert lui avait posé des questions personnelles, en particulier au sujet de sa sexualité, qu'elle estimait déplacées. Elle a exposé qu'elle ne se sentait pas écoutée et qu'elle ne serait pas à l'aise avec ce spécialiste.

Par décision incidente du 8 juillet 2013, l'OAI a informé l'assurée que l'expertise était maintenue auprès du Dr Q._____. Il a énoncé que les objections qu'elle avait soulevées n'étaient pas de nature à faire naître un doute quant à l'impartialité de cet expert.

Dans son rapport d'expertise du 27 septembre 2013, le Dr Q._____ a posé le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de dysthymie (F 34.1). Il a précisé que sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et que l'assurée disposait d'une capacité de travail totale dans toute activité.

Dans son rapport du 15 octobre 2013, le Dr V._____, se fondant sur l'expertise précitée, a retenu qu'il n'y avait aucune atteinte à la santé invalidante. Il a fait état d'une capacité de travail entière dans toute activité.

Par projet de décision du 25 avril 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la deuxième demande de prestations. Il a exposé que l'état de santé somatique était superposable à celui qu'elle avait présenté lors de sa demande précédente et que, s'agissant de son état de santé psychique, l'atteinte n'était pas invalidante.

Par courrier du 17 mai 2014, l'assurée a indiqué que des investigations étaient encore en cours. Elle a précisé que les Drs A._____ et I._____, médecins praticiens, avaient tous deux conclu à un syndrome d'Ehlers-Danlos. Elle avait obtenu un rendez-vous au Service de génétique médicale du M._____ (ci-après : M._____), fixé au 26 juin 2014, dans le but de confirmer ce diagnostic. Etais joint un courrier du 20 mai 2014 [sic] de la Dresse I._____, adressé au M._____, sollicitant une convocation de sa patiente pour un examen génétique. Elle soupçonnait un syndrome d'Ehlers-Danlos et exposait que le Dr A._____, qui suivait actuellement l'intéressée, confirmait l'utilité d'un tel examen.

Dans leur rapport du 3 octobre 2014 consécutif à l'examen précité, la Dresse X._____, spécialiste en génétique médicale, et la Dresse J._____, médecin assistante, ont exposé qu'il n'y avait pas d'éléments typiques pour un syndrome d'Ehlers-Danlos de type classique ou de type vasculaire. En outre, les arguments cliniques pour un syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile étaient limités, en l'absence de signes cutanés. Même si ce diagnostic était finalement évoqué, il n'y avait aucun test génétique pour le confirmer. Ces médecins ont expliqué ne pas avoir d'argument pour une étiologie génétique pouvant expliquer les plaintes de la patiente. Elles ont proposé un bilan neurologique.

Par avis médical du 21 octobre 2014, le Dr V._____ a conclu qu'il n'y avait aucun élément médical nouveau - notamment, l'exclusion du syndrome d'Ehlers-Danlos -, justifiant de s'écarter de son rapport du 15 octobre 2013 constatant l'absence d'atteinte à la santé incapacitante.

Par décision du 15 décembre 2014, l'OAI a confirmé son refus de prestations, dans les mêmes termes que ceux figurant dans son projet de décision. Dans une lettre datée du même jour, il a informé l'assurée qu'il n'avait pas retenu le syndrome d'Ehlers-Danlos.

C. Par acte du 28 janvier 2015, P._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal,

concluant implicitement à son annulation et au renvoi à l'OAI pour complément d'instruction. Elle a fait valoir que des investigations quant au diagnostic du syndrome d'Ehlers-Danlos étaient encore en cours, son atteinte relevant peut être d'un cas de mutation isolée.

Par courrier du 29 avril 2015, la recourante a requis la suspension de la cause jusqu'à la fin des investigations en cours.

Entre-temps, dans sa réponse du 30 avril 2015, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il s'est référé au rapport d'expertise du 27 septembre 2013 du Dr Q._____, ainsi qu'au rapport du 15 octobre 2013 du Dr V._____, constatant une entière capacité de travail.

Par courrier du 4 juin 2015, la Dresse L._____, spécialiste en angiologie, a informé la Cour de céans que sa patiente faisait l'objet d'investigations pour la recherche d'une maladie du tissu conjonctif, provoquant des hyperlaxités, des œdèmes, ainsi que des douleurs diffuses. Elle a indiqué que ce syndrome était rare et difficile à mettre en évidence de manière formelle, et qu'elle transmettrait à l'intimé le rapport définitif à réception de la totalité des résultats.

Le 15 septembre 2016, le juge instructeur a observé que plus d'une année s'était écoulée depuis la requête de suspension de la recourante et a dès lors imparti aux parties un délai pour produire de nouveaux documents médicaux.

La Dresse L._____ a transmis, le 10 novembre 2016, un rapport du 1^{er} avril 2016 du Dr Z._____, spécialiste en néphrologie au M._____, posant notamment le diagnostic de probable syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Le Dr Z._____ a relevé que la patiente présentait des manifestations articulaires et extra-articulaires compatibles avec ce diagnostic, avec une probable transmission intrafamiliale. Il a proposé d'effectuer un bilan ergothérapeutique auprès du Dr S._____, médecin praticien à l'Hôpital orthopédique, afin d'évaluer les limitations de la capacité de travail.

Par détermination du 29 novembre 2016, l'intimé a indiqué qu'il convenait de solliciter un rapport d'évaluation du Dr S._____. Il s'est référé à l'avis du 22 novembre 2016 du Dr V._____, joint en annexe, qui préconisait de demander ce rapport. Ce médecin énonçait que le diagnostic de probable syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile était inconnu, ou non confirmé, au moment de rendre la décision du 15 décembre 2014, et que cela pouvait avoir une influence sur la capacité de travail.

La recourante ne s'est pas déterminée plus avant.

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 (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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais fixés par la loi ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile, compte tenu des fêtes, et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme 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 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). 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 (art. 16 LPGA).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA.

c) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 130 V 64 consid. 2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité

ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a un recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. art. 61 let. c LPGa). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

5. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 20 septembre 2012 par la recourante. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de cette dernière s'est modifié depuis la décision du 16 mars 2012, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations de l'AI.

a) Sur le plan psychique, l'intimé a fait siennes les conclusions du rapport d'expertise du 27 septembre 2013 du Dr Q. _____ - confirmées par le rapport du 15 octobre 2013 du Dr V. _____ du SMR -, retenant que l'assurée présentait une entière capacité de travail dans toute activité.

Informée du fait que cette expertise allait être réalisée auprès du Dr Q. _____, la recourante a demandé à ce qu'un autre spécialiste soit désigné. Elle a expliqué que lors de la précédente expertise, il lui avait semblé que ce médecin n'avait pas tenu compte de certaines informations et qu'il lui avait posé des questions qu'elle estimait déplacées, en particulier au sujet de sa sexualité (cf. courrier du 21 juin 2013). Ainsi que l'a relevé l'intimé dans sa décision incidente du 8 juillet 2013, ces éléments ne sont pas de nature à faire naître un doute quant à la partialité de l'expert. De plus, dans le cadre d'une expertise psychiatrique, des questions au sujet de la sexualité de la patiente ne sont pas inhabituelles. Par ailleurs, cette expertise s'est notamment fondée sur un examen complet et a été établie en pleine connaissance du dossier. L'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions de l'expert bien motivées. Dès lors, elle dispose d'une valeur probante et c'est donc à juste titre que l'intimé s'y est fondé. Il était ainsi en droit de retenir qu'au niveau psychique, la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité, ce que l'intéressée n'a d'ailleurs pas contesté.

b) Sur le plan somatique, la recourante a fait valoir que des investigations quant au diagnostic du syndrome d'Ehlers-Danlos étaient encore en cours et que la décision litigieuse était prématurée.

Les Drs I._____ et A._____ ont soupçonné un syndrome d'Ehlers-Danlos (cf. courrier du 20 mai 2014 de la Dresse I._____). La recourante a donc été adressée au Service de génétique médicale du M._____. Dans leur rapport du 3 octobre 2014 consécutif à cet examen, les Dresses X._____ et J._____ ont exclu un syndrome d'Ehlers-Danlos de type classique, ainsi que de type vasculaire. S'agissant du type hypermobile, elles ont indiqué que les arguments cliniques étaient limités, au vu de l'absence de signes cutanés. Elles ont précisé que même si ce diagnostic était finalement évoqué, il n'y avait aucun test génétique pour le confirmer. Le Dr Z._____, quant à lui, a retenu un probable syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile. Il a relevé que la patiente présentait des manifestations articulaires et extra-articulaires compatibles avec ce diagnostic, avec une probable transmission intrafamiliale (cf. rapport du 1^{er} avril 2016). Il a proposé d'effectuer un bilan auprès du Dr S._____ afin d'évaluer les limitations de la capacité de travail.

Comme relevé par l'intimé, se fondant sur l'avis du 22 novembre 2016 du Dr V._____, le diagnostic de probable syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile n'était pas encore confirmé lorsqu'il a rendu la décision litigieuse. L'existence de ce syndrome, ainsi que ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante, n'ont pas été suffisamment investiguées. Dès lors, il convient de solliciter un rapport d'évaluation du Dr S._____, tel que proposé par le Dr Z._____, puis par le Dr V._____, ainsi que par l'intimé lui-même (cf. avis du 22 novembre 2016 du Dr V._____ et déterminations du 29 novembre 2016 de l'intimé).

c) En l'occurrence, force est de constater qu'au moment de la décision de refus de prestations, la situation médicale sur le plan somatique n'était pas suffisamment établie pour pouvoir apprécier la capacité de travail de la recourante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de demander

un rapport au Dr S._____, en l'invitant notamment à évaluer la capacité de travail de la recourante et à délimiter ses limitations fonctionnelles. Il appartiendra ensuite à l'intimé d'évaluer si d'autres mesures d'instruction sont nécessaires, puis de rendre une nouvelle décision.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

La recourante, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 15 décembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

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).

La greffière :