

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 octobre 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Dormond Béguelin et Moyard, assesseurs
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourant, représenté par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; 4, 28, 69 al. 1^{bis} LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. X. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] au bénéfice d'un permis B, né en 1975, a travaillé du 1^{er} janvier 2010 au 30 avril 2011 pour le compte de [...] Sàrl en qualité de monteur en ascenseurs, pour un revenu mensuel brut de 4'800 francs. [...] Sàrl a résilié les rapports de travail en raison du fait que l'assuré s'était vu retirer son permis de conduire pour une durée de 14 mois. L'employeur a déclaré ultérieurement que l'assuré était en parfaite santé lorsqu'il a quitté l'entreprise (*cf.* questionnaire pour l'employeur du 9 avril 2013).

L'assuré s'est ensuite inscrit au chômage. Dans ce contexte, il a allégué une péjoration soudaine de son état de santé survenue en août 2011 alors qu'il effectuait une mesure d'insertion professionnelle mise en place par l'assurance-chômage dans un atelier de manutention légère. L'assuré a été reconnu en incapacité de travail dès le 27 juin 2012. Selon rapport du 28 février 2013, le Dr K. _____, médecin conseil du Service de l'emploi, a conclu à une incapacité de travail totale et définitive. Par décision du 4 mars 2013, le Service de l'emploi a en conséquence refusé d'octroyer à l'assuré les prestations de l'assurance perte de gain maladie pour les bénéficiaires d'indemnités de chômage, dès le 1^{er} mars 2013.

Le 27 mars 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en faisant état de « problèmes de dos (hernie discale, arthrose) ». L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) l'a convoqué à un entretien d'évaluation le 2 juillet 2013 intervenant encore dans le cadre d'une procédure d'intervention précoce. A la suite de cette entrevue, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a notamment dressé les constatations suivantes dans son rapport du 3 juillet 2015 :

« (...) Lors de l'entretien, je remarque que le bénéficiaire tremble lorsqu'il range ma carte de visite dans son porte-monnaie. Il me dit que pour lui cela représente un effort énorme et qu'il doit bloquer sa

respiration pour faire ce geste sans prendre appui sur la table avec son avant-bras. Le bénéficiaire me dit que même pour se brosser les dents il doit trouver une position d'appui afin d'éviter toutes mises en tension de son dos.

Le bénéficiaire me confie que sa situation lui pèse sur le moral. Il ne sait plus vers qui se tourner. Il a déjà changé de thérapeute, mais aujourd'hui il n'ose plus le faire de peur que l'on considère qu'il cherche des avis favorables à sa situation. Il se désole de montrer cette image à ses enfants. (...) ».

Dans son rapport du 6 novembre 2013 à l'OAI, le Dr I._____, médecin au Centre médical de [...] et médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué que ce dernier souffrait d'une hernie discale L3-L4 et L4-L5 depuis 2002, avec une péjoration de cette pathologie en 2012. Au vu des symptômes décrits par l'assuré, soit des douleurs irradiantes aux deux membres inférieurs parfois paralysantes par leur intensité, ce praticien a estimé que le pronostic était mauvais. Il a en outre attesté une incapacité de travail totale dans la dernière activité de l'assuré, soit monteur en ascenseurs, depuis le 13 juillet 2012, précisant qu'une activité adaptée à son état de santé était possible. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr I._____ a indiqué dans l'annexe au rapport que depuis le mois de juillet 2012, l'assuré ne pouvait pas exercer d'activités uniquement en position assise ou uniquement debout, ni en marchant, qu'il pouvait plus ou moins effectuer des activités dans différentes positions, qu'il ne pouvait pas se pencher, ni travailler avec les bras au-dessus de la tête, ni accroupi, ni à genoux, qu'il ne pouvait pas effectuer de rotation en position assise ou debout, ni soulever ou porter des charges, qu'il ne pouvait pas monter sur une échelle ou un échafaudage, ni monter des escaliers. Il a encore relevé que les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation de l'assuré n'étaient pas limitées, au contraire de sa résistance, compte tenu des douleurs inconstantes mais très aiguës présentées par son patient.

L'OAI a soumis le cas de l'assuré au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Selon rapport du 31 janvier 2014, le Dr B._____ a conclu, sur la base des rapports des Drs K._____ et I._____, à une incapacité de travail durable et totale de l'assuré depuis le 13 février 2012, précisant que la capacité de travail dans son activité habituelle était définitivement nulle. Le Dr B._____ a cependant

conclu à une capacité de travail de 100% dès le 6 novembre 2013 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit « un poste tertiaire sédentaire à semi-sédentaire avec alternance de la position debout assise ».

Le 12 février 2014, le Dr I. _____ a une nouvelle fois examiné l'assuré et a exposé dans son rapport du même jour que l'évolution de la pathologie était fluctuante et que la situation était restée stationnaire. Ce praticien a indiqué que son patient demeurait capable d'exercer de façon régulière des travaux légers n'impliquant notamment pas de participation du rachis lombaire et que le travail n'était possible qu'en faisant alterner les postures de travail ou alterner marche, station debout et position assise. Il a également précisé qu'un travail adapté aux limitations de l'assuré était possible et qu'il pouvait être accompli à plein temps. Le Dr I. _____ a encore indiqué qu'un examen ultérieur de son patient était nécessaire après une hospitalisation multimodale de trois semaines au Centre hospitalier G. _____ (ci-après : G. _____).

Le 11 avril 2014, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a proposé d'organiser un stage auprès du centre de formation E. _____ en faveur de l'assuré, afin de définir des pistes professionnelles adaptées à ses limitations fonctionnelles, établir si ses capacités étaient suffisantes pour mener à bien ces activités, établir l'éventuel besoin de formation pour mener à bien ces activités et préciser le rendement de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par communication du 14 avril 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il devait participer à un stage d'évaluation à l'atelier mécanique dudit centre du 11 août au 10 septembre 2014, à 100%.

L'assuré a séjourné à l'Unité de Réhabilitation du Service de rhumatologie du G. _____ du 2 au 20 juin 2014. Le 7 juillet 2014, les Drs M. _____ et S. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante audit service, ont établi un rapport à l'attention du Dr I. _____, mentionnant notamment ce qui suit :

« **Synthèse - Discussion et évolution**

A travers les mises en situations des activités quotidiennes, les stratégies d'hygiène posturale permettant de diminuer les douleurs ont été abordées. Le patient utilise régulièrement les appuis sur les membres supérieurs. Il a pu exercer la position de la fente avant et réussit à mieux utiliser la flexion des genoux. Cependant, monsieur présente des difficultés à charger sur le membre inférieur gauche devant les douleurs limitantes. Il a pris l'habitude d'utiliser des appuis et dit ne pas pouvoir les enlever sinon les douleurs augmentent. Il ne voit pas le bénéfice d'utiliser d'autres stratégies.

A travers les activités ludiques, le patient a entraîné son endurance à l'activité en position debout. Cependant cette position reste astreignante pour ce Monsieur qui n'arrive pas à rester debout plus de 30 minutes.

Pendant l'hospitalisation, X. _____ était très kinésiophobe et anxieux. Il a eu 3 consultations de psychologie qu'il n'a pas appréciées : il refuse qu'on parle de composante psychologique qui pourrait influencer son problème de douleur chronique.

Après 3 semaines de rééducation intensive, nous n'avons pas obtenu l'effet escompté sur le plan des douleurs ni sur le plan de l'endurance ni de la mobilité. Cependant, Monsieur accepte de continuer la physiothérapie à sec et en piscine en ambulatoire pour appliquer ce qu'il a appris comme nouvelles stratégies, dans l'espoir d'améliorer sa symptomatologie.

Le jour de la sortie, le patient a été très contrarié concernant le libellé de l'ordonnance de physiothérapie. Pour cela, un long entretien avec le patient a eu lieu, d'abord avec la physiothérapeute, puis l'infirmière et enfin le médecin, afin de lui expliquer la situation, le rassurer en ce qui concerne la confidentialité et le secret médical et l'encourager à continuer la physiothérapie et tout ce qu'il a appris pendant son séjour. ».

Le 15 août 2014, l'assuré s'est présenté à l'entretien d'entrée en stage auprès du centre de formation E. _____. Dans une note du même jour faisant suite à cette rencontre, un collaborateur de ce centre a relaté au spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI que l'assuré était très pâle, se mouvait avec difficulté, présentait des tremblements aux mains et transpirait abondamment. Ce collaborateur a encore indiqué que l'assuré lui avait expliqué que ses douleurs au dos avaient empiré depuis la fin de son programme de rééducation et ne pas être en mesure de tenir plus de 30 minutes ni assis, ni debout, précisant qu'il s'était levé à plusieurs reprises durant l'entretien afin de soulager les douleurs. Au vu de son état, le collaborateur du centre a décidé de renvoyer l'assuré chez lui.

Le 18 août 2014, la Dresse N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a établi un certificat médical faisant état d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 11 au 31 août 2014.

Le 20 août 2014, un collaborateur du centre de formation E._____ s'est entretenu avec la Dresse N._____ concernant l'assuré et a fait part de cette discussion au spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, relatée dans une note rédigée le 21 août 2014 comme suit :

« Selon la Dresse N._____, spécialiste du dos à l'hôpital orthopédique (G._____), X._____ souffre effectivement d'une atteinte au dos mais également d'autres problèmes qui ne sont pas de sa compétence. Selon elle, ses problèmes de dos ne devraient pas l'empêcher de travailler dans une activité adaptée mais il semble que le patient ne se donne pas tous les moyens pour se soigner et pour aller mieux. D'où la difficulté à mettre en place une mesure AI. L'assuré ne semble pas disposé physiquement et psychologiquement pour s'investir dans ce type de démarche ».

Selon une note rédigée le 3 septembre 2014, un collaborateur du centre de formation E._____ a informé le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI que l'assuré avait repris la mesure le 1^{er} septembre 2014 « en très petite forme », se plaignant toujours d'importantes douleurs au dos malgré les médicaments prescrits, ainsi que de tremblements au niveau des mains et d'une importante fatigue. Selon une seconde note rédigée le même jour, le collaborateur du centre a relaté à l'OAI un entretien téléphonique ayant eu lieu la veille avec l'assuré comme suit :

« Coup de fil de X._____. Il dit qu'il n'a quasi pas dormi à cause des douleurs, qu'il se sent épuisé et qu'il ne se sent pas la force de venir travailler. De plus, il me dit qu'avec le médicament qu'il prend actuellement (le Rimbitrol, médicament pour détendre les muscles), il n'est pas censé conduire étant donné les nombreux effets secondaires (tremblements, sudation, somnolence). Par ailleurs, lorsqu'il est venu hier nous avons observé des tremblements au niveau des mains, une sudation importante et il a dû rentrer chez lui au bout de 30 minutes d'activité (travail de montage simple à l'établi en position assise avec possibilité d'appuyer ses coudes). Force est de constater que l'état de santé actuel de l'assuré ne permet pas de mettre en place un stage d'évaluation, l'assuré n'étant pas en mesure d'effectuer la moindre activité. »

L'OAI a dès lors mis fin à la mesure d'observation effectuée au sein du Centre de formation E. _____ avec effet au 2 septembre 2014.

Le 8 septembre 2014, le centre de formation E. _____ a établi un rapport d'observation professionnelle concernant le stage de l'assuré, mentionnant ce qui suit sous la rubrique « Commentaire sur le déroulement du stage » :

« X. _____ s'est présenté dans l'atelier mécanique de notre Centre le 1^{er} septembre 2014. Lors de son arrivée, il paraissait très faible, présentait des tremblements au niveau des mains, peinait à rester dans la même position (que ce soit en position assis ou debout) et transpirait abondamment.

D'emblée, il s'est plaint de vives douleurs au niveau du dos et disait ne pas se sentir en mesure de rester à l'atelier plus d'une heure.

Le simple fait de se déplacer lui occasionnait, selon ses dires, des douleurs difficilement supportables. L'activité qui lui a été proposée consistait en du petit montage mécanique en position assise avec la possibilité d'appuyer ses bras sur la table. Malgré cela, X. _____ n'est pas parvenu à rester plus de 30 minutes à sa place de travail en raison des douleurs ressenties au niveau du dos. En effet, il a été contraint de stopper son activité car les douleurs au niveau du dos étaient devenues trop importantes et nous a demandé l'autorisation de rentrer chez lui.

Actuellement, force est de constater que l'état de santé de votre assuré ne nous permet pas de le soumettre à une quelconque activité, même si celle-ci est adaptée et respecte parfaitement ses limitations fonctionnelles. (...) »

Dans son rapport du 10 novembre 2014, la Dresse N. _____, qui a traité l'assuré de manière ambulatoire du 6 février au 18 août 2014, a diagnostiqué, comme affectant la capacité de travail, des lombalgies chroniques aspécifiques d'origine multifactorielle - soit des discopathies L4/L5 et L5/S1 avec arthrose postérieure et une importante dysbalance musculaire et un déconditionnement physique -, ainsi qu'un état anxieux, voir un trouble de la personnalité. Elle a relevé que l'intéressé refusait toute médication antalgique et anti-inflammatoire depuis plusieurs mois, craignant les effets secondaires des médicaments, mais consommait par contre du cannabis de manière quotidienne. Elle a également constaté chez l'assuré des troubles posturaux avec une antéflexion du tronc et une importante crispation de toute la ceinture scapulaire, une légère inclinaison du tronc vers la gauche, la possibilité de marcher sur la pointe

des pieds et sur les talons, une impossibilité d'effectuer des sautillément sur le pied gauche, un accroupissement incomplet, une antéflexion impossible sans s'appuyer sur les genoux et des contractures musculaires douloureuses paralombaires des deux côtés. Selon la Dresse N._____, le pronostic était défavorable car l'assuré avait mis en échec tout traitement médicamenteux ou physique. Elle indiquait qu'au vu de son substrat psychologique, il était contre-indiqué de lui proposer des gestes plus agressifs comme par exemple des infiltrations, mais qu'un soutien psychologique et l'administration de psychotropes pourraient certainement l'aider, soulignant que dans l'immédiat, son patient n'était pas du tout prêt à accepter une telle thérapie. A titre de recommandation pour une future thérapie, cette praticienne préconisait une évaluation et un suivi psychiatriques. Elle a encore relevé que du point de vue ostéo-articulaire, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée serait de 100%, précisant que des raisons psychiatriques devaient certainement l'empêcher de se réadapter. Elle a par ailleurs confirmé que d'un point de vue médical, l'activité exercée précédemment n'était plus exigible, excluant une reprise de cette activité ou une amélioration de la capacité de travail et soulignant que les restrictions quant à l'exercice de l'ancienne activité ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales, sauf éventuellement une prise en charge psychiatrique. S'agissant des limitations fonctionnelles, cette praticienne a relevé qu'il ne pouvait pas exercer d'activités uniquement en position assise, ou uniquement en position debout, ni qui nécessitaient d'être accroupi ou des rotations en positions assise et debout. Il pouvait en revanche pratiquer des activités dans différentes positions à raison de 6 heures par jour, ainsi que celles exercées principalement en marchant et, occasionnellement, celles impliquant de se pencher ou se mettre à genoux. La Dresse N._____ a encore indiqué que l'assuré pouvait travailler avec les bras au-dessus de la tête, monter sur une échelle ou un échafaudage, monter des escaliers à raison de 2 ou 3 étages et, de temps en temps, soulever ou porter des charges de 5 kg maximum. Quant à l'évaluation des capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation, elle a exposé qu'elles étaient limitées, précisant qu'il s'agissait d'une appréciation subjective nécessitant une évaluation sur le plan psychiatrique et

neuropsychiatrique. La résistance du patient a été qualifiée de limitée d'un point de vue physique. Cette praticienne n'a pas constaté d'aggravation de son état de santé durant la période de suivi, exposant à cet égard que la situation restait la même avec des douleurs lombaires importantes et un examen clinique difficile, mais peu concluant pour une pathologie spécifique ostéo-articulaire. La Dresse N. _____ a conclu son rapport en indiquant qu'à son avis, le problème majeur restait l'état psychologique de l'assuré et qu'une expertise multidisciplinaire lui paraissait absolument nécessaire dans ce cas.

Le 28 novembre 2014, le Dr Z. _____ du SMR a établi un avis médical, duquel il ressort ce qui suit :

« (...) Un rapport médical a été demandé à la Dresse N. _____ du G. _____, puisque l'assuré a séjourné à l'Unité Rachis du G. _____ en juin 2014. Dans sa réponse du 10.11.2014, la Dresse N. _____ confirme avoir suivi l'assuré depuis le 06.02.2014 pour des lombalgies aspécifiques ; elle mentionne dans ce rapport un état anxieux, alors que ce diagnostic ne figure pas dans la lettre de sortie de l'Unité Rachis datée du 07.07.2014, quand bien même il y a eu trois consultations de psychologue. La Dresse N. _____, comme le Dr M. _____ de l'Unité Rachis, confirment que du point de vue ostéo-articulaire, la CT [capacité de travail] est de 100% dans une activité adaptée. Hormis la mention d'état anxieux par la Dresse N. _____ sans qu'il soit étayé, qui n'est du reste pas mentionné dans la lettre de sortie alors qu'il y a eu des consultations de psychologues, il n'y a dans ce dossier aucune notion d'atteinte psychiatrique. Il n'y a donc pas de raison de mandater une expertise psychiatrique. (...) ».

Dans son rapport du 2 décembre 2014 à l'OAI, le Dr V. _____, médecin au Centre médical de [...], a constaté que l'assuré souffrait d'une lombalgie avec attitude antalgique et un tronc penché en avant, préconisant à titre de future thérapie un traitement antalgique plus fort et un traitement psychothérapeutique. Il n'a pas qualifié le pronostic de bon en l'état actuel des douleurs du patient. S'agissant de la dernière activité exercée par l'assuré, il a attesté d'une incapacité de travail à 100% du 24 août 2012 au 8 février 2013, précisant qu'une activité adaptée au handicap était envisageable et devait être évaluée. Ce praticien a également confirmé que l'on ne pouvait pas s'attendre à une

reprise de l'ancienne activité professionnelle, ni à une amélioration de la capacité de travail.

Le 8 décembre 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui accordant une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} septembre 2013 au 28 février 2014.

Par décision du 24 février 2015, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} septembre 2013 au 28 février 2014. L'Office a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 13 juillet 2012, date à laquelle avait été fixé le début du délai d'attente d'une année, lequel était arrivé à échéance le 13 juillet 2013. A cette date, l'OAI a constaté que l'assuré présentait une incapacité de travail totale, dans toute activité, soit un degré d'invalidité de 100%. L'Office a ainsi fait débiter le droit à la rente le 1^{er} septembre 2011, soit six mois après le dépôt de la demande de prestation. Considérant que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis le 6 novembre 2013 et qu'une pleine capacité de travail était dès ce moment raisonnablement exigible de sa part dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles, l'OAI a limité l'octroi de la rente au 28 février 2014, soit 3 mois après l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé. Dès lors que l'assuré n'avait pas repris d'activité professionnelle, l'intimé s'est référé aux données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique pour estimer son revenu d'invalidé, retenant le salaire mensuel de référence 2010 pour des hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé, soit un montant de 4'901 fr., part du 13^e salaire comprise, pour un horaire de travail de 40 heures par semaine. Tenant compte du fait que la moyenne usuelle de travail dans les entreprises en 2010 était de 41,7 heures, l'OAI a porté ce montant mensuel à 5'109 fr. 29 ($4'901 \text{ fr.} \times 41,7 : 40$) et retenu un salaire annuel de 61'311 fr. 51, puis a adapté ce montant annuel à l'évolution des salaires nominaux, de 2010 à 2011 (+ 1%), puis de 2011 à 2012 (+ 0.8%) et enfin de 2012 à 2013-14 (+ 0.7%), retenant un montant de 62'856 fr. 96 à titre de revenu annuel pour

l'année d'ouverture du droit à la rente. L'OAI a enfin procédé à un abattement de 15% sur ce revenu afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, pour finalement retenir un revenu annuel d'invalidé de 53'428 fr. 42. Comparant ses revenus avec et sans invalidité, soit respectivement 62'400 fr. et 53'428 fr. 42, l'OAI a calculé la perte de gain de l'assuré à un montant de 8'971 fr. 58, correspondant à un degré d'invalidité de 14.38%, niant ainsi le droit à une rente pour la période postérieure au 28 février 2014.

B. Par acte du 24 mars 2015, X._____, représenté par le Service juridique de Procap Suisse, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens que son droit aux prestations soit constaté, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, il fait valoir que c'est à tort que l'intimé n'a pas fait porter l'instruction sur les troubles d'ordre psychiatrique qu'il allègue présenter, se référant notamment au rapport du 10 novembre 2014 de la Dresse N._____, qui a mentionné un état anxieux voire un trouble de la personnalité et a suggéré l'avis d'un psychiatre. Pour le recourant, une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) est nécessaire, estimant en outre les indications données par la Dresse N._____ propres à mettre en doute les conclusions du SMR et justifier un complément d'instruction. Quant au préjudice économique, il fait valoir que le chiffre de 62'400 fr. retenu à titre de revenu annuel 2010 sans invalidité est erroné, arguant avoir réalisé un revenu de 67'578 fr. en 2010. Il fait en dernier lieu valoir que l'abattement retenu devra faire l'objet d'une nouvelle appréciation après que l'entier de ses limitations a été défini, rappelant dans ce contexte n'être au bénéfice que d'un permis B.

Par décision du 8 avril 2015, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire dans la mesure d'une exonération des frais judiciaires et des avances de ceux-ci, avec effet au 24 mars 2015.

Dans sa réponse du 11 mai 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours, confirmant sa décision du 24 février 2015.

Dans sa réplique du 8 juin 2015, le recourant s'est référé intégralement aux motifs, faits, moyens et conclusions développés dans son acte de recours du 24 mars 2015.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

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 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'espèce sur le droit éventuel du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente au-delà du 28 février 2014, en particulier sur l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressé.

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 ; 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.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

b) Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'article 17 al. 1 LPGA (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3). Selon cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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. Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3).

Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (TF 9C_394/2010 du 24 février 2011 consid. 3.2 et les références citées).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - 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 et 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 exprimées par 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 médicales soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_104/2014 du 10 mai 2014 consid. 4.1).

Il n'existe pas, dans une procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité

et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4).

4. a) Le recourant fait valoir que son dossier n'a pas été correctement instruit, dans la mesure où l'instruction aurait également dû porter sur la problématique psychique.

En l'espèce, force est toutefois de constater que le seul médecin ayant suggéré d'instruire le volet psychique est la Dresse N._____, qui est spécialiste en médecine physique et réadaptation, et non pas psychiatre, dans son rapport du 10 novembre 2014, où un diagnostic d'état anxieux a été posé. Or, ni le médecin traitant de l'assuré, ni en particulier les Drs M._____ et S._____ à l'issue des trois semaines de prise en charge du recourant à l'Unité de Réhabilitation du Service de rhumatologie du G._____, au cours desquelles trois consultations de psychologie ont eu lieu, ne font état d'une atteinte au plan psychiatrique ou d'un tel diagnostic. Si, dans leur rapport du 7 juillet 2013, les Drs M._____ et S._____ ont décrit le recourant comme très kinésiophobe et anxieux durant son hospitalisation, ils n'ont pas pour autant retenu de diagnostic d'état anxieux. Ils ont par ailleurs mentionné que l'intéressé n'avait pas apprécié les trois consultations de psychologie effectuées durant sa prise en charge et qu'il refusait que l'on parle de composante psychologique qui pourrait influencer son problème de douleur chronique. Au surplus, on constate que les praticiens s'étant prononcé sur la capacité de travail du recourant sur la base d'examens complets et en pleine connaissance du dossier, soit la Dresse N._____ elle-même et le Dr I._____, ont conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles ont été précisément décrites. Le diagnostic d'état anxieux mentionné par la Dresse N._____ apparaît ainsi isolé et insuffisamment étayé pour pouvoir mettre en doute cette conclusion. Au demeurant, le recourant n'a produit aucune pièce attestant d'une éventuelle prise en charge psychologique ou d'un quelconque traitement à ce niveau.

Dans ces conditions, il ne saurait être reproché à l'intimé de ne pas avoir fait porter l'instruction du cas sur une éventuelle problématique psychique du recourant.

b) Le recourant se plaint également du fait que ses problèmes de tremblements et de sudation n'ont pas été investigués.

A cet égard, il ressort du résumé de l'entretien téléphonique du 3 septembre 2014 entre un collaborateur du centre E._____ et le recourant que ce dernier a expliqué que compte tenu des médicaments qu'il prenait, soit le *Rimbitrol* (médicament pour détendre les muscles), il n'était pas censé conduire étant donné les nombreux effets secondaires qu'il a décrits comme suit : « tremblements, sudation, somnolence ».

Dès lors que le recourant admet lui-même que ses problèmes de tremblements et de sudation sont des effets secondaires de ses médicaments, on cerne mal le grief tiré du manque d'investigation de l'intimé sur cette question, qui ne saurait lui être reproché.

c) Le recourant conteste ensuite que son état de santé se soit amélioré au mois de novembre 2013, avec pour conséquence la suppression de la rente entière trois mois après cette amélioration, soit au 28 février 2014.

En l'occurrence, les différents rapports médicaux ne contredisent pas la date d'amélioration de l'état de santé du recourant indiquée par le Dr I._____ sur la base d'un examen de son patient effectué le jour même, soit le 6 novembre 2013, et retenue par l'intimé. A la lecture des rapports des Drs I._____, N._____ et V._____, on constate ainsi que si l'état de santé du recourant ne lui permet plus d'exercer son ancienne activité, ce qui n'est pas contesté, celui-ci conserve néanmoins une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité pratiquée dans différentes positions à raison de 6 heures par jour, une activité pratiquée principalement en marchant, occasionnellement une activité impliquant de

se pencher ou se mettre à genoux, une activité impliquant de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers à raison de 2 ou 3 étages, ou une activité impliquant de temps en temps de soulever ou porter des charges n'excédant pas 5 kg. En particulier, le Dr I._____ n'a pas observé d'aggravation de la pathologie du recourant entre l'examen pratiqué le 6 novembre 2013 et celui du 12 février 2014. Dans son rapport faisant suite au second examen, il a en effet précisé que la situation était restée stationnaire et décrit les mêmes limitations fonctionnelles que dans son rapport de 2013. Le constat du Dr I._____ sur la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée dès novembre 2013, qui n'a pas varié entre les deux examens, paraît ainsi suffisamment objectif et probant. Un tel constat a d'ailleurs été confirmé par le Dr V._____ dans son rapport du 2 décembre 2014. Quant à la Dresse N._____, qui a traité le recourant de manière ambulatoire du 6 février au 18 août 2014, elle a également attesté, dans son rapport du 10 novembre 2014 et d'un point de vue ostéo-articulaire, une pleine capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles ont été décrites de manière similaire à celles indiquées par le Dr I._____. Comme déjà exposé (*cf. consid. 4a supra*), la réserve émise par la seule Dresse N._____, soit que des raisons psychiatriques devaient certainement empêcher le recourant de se réadapter, est insuffisamment étayée pour mettre en doute la pleine capacité de travail dans une activité adaptée unanimement reconnue par les médecins, ce d'autant plus que cette praticienne n'est pas psychiatre.

Dans ces conditions, il y a lieu de considérer, à l'instar de l'intimé, que le recourant possède une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 6 novembre 2013 et, partant, que le droit à la rente devait cesser trois mois plus tard, soit au 28 février 2014 (*cf. consid. 3b supra*).

5. S'agissant du calcul du préjudice économique, le recourant, d'une part, conteste le montant du revenu annuel sans invalidité retenu par l'intimé et, d'autre part, fait valoir que l'abattement retenu doit faire

l'objet d'une nouvelle appréciation, tenant notamment compte du fait qu'il n'est au bénéfice que d'un permis B.

a) Aux termes de l'article 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. Selon l'article 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de vraisemblance prépondérante le revenu qu'elle aurait effectivement réalisé si elle était en bonne santé au moment déterminant. 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).

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalide), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (TFA U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/cc). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une

semaine de travail de 40 heures et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

b) S'agissant du revenu annuel sans invalidité du recourant, l'intimé s'est basé sur les informations fournies par [...] Sàrl dans le questionnaire pour l'employeur du 9 avril 2013, selon lequel le recourant réalisait en 2010 un salaire de 4'800 fr., versé treize fois l'an, et a ainsi retenu un montant de 62'400 fr. (13 x 4'800 fr.). Ce montant n'est de ce point de vue pas critiquable.

Cela étant, l'intimé n'a pas adapté ce revenu annuel 2010 à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2011 (+ 1%), de 2011 à 2012 (+ 0.8%), de 2012 à 2013 (+ 0.7%) et de 2013 à 2014 (+ 0.8%), alors que tel aurait dû être le cas conformément aux principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus. Cette omission est cependant sans incidence sur le calcul du préjudice économique du recourant. En effet, la comparaison du revenu sans invalidité retenu par l'OAI, indexé tel qu'exposé ci-dessus, soit 64'484 fr. 67, avec le revenu d'invalidité retenu, soit 53'428 fr. 42, fait apparaître une perte de gain de 11'056 fr. 25, correspondant à un degré d'invalidité de 17.14% (11'056 fr. 25 x 100 : 64'484 fr. 67), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Le recourant fait cependant valoir que son revenu en 2010 s'élevait à un montant de 67'578 fr., tel qu'il figure dans son extrait de compte individuel. A la lecture de ce document, on constate qu'il s'agit d'un revenu sensiblement plus élevé que tous les revenus réalisés jusqu'alors par le recourant, qui se sont montés à 38'801 fr. en 2007, à 51'450 fr. en 2008 et à 52'650 fr. en 2009. Cela étant, quand bien même

le montant de 67'578 fr. aurait été retenu à titre de revenu sans invalidité dans le cadre de la comparaison des revenus, il n'en serait pas résulté un préjudice économique suffisant pour ouvrir le droit à une rente. En effet, la comparaison d'un revenu sans invalidité de 67'578 fr. avec le revenu d'invalidé de 53'428 fr. 42 fait apparaître une perte de gain de 14'149 fr. 58, correspondant à un degré d'invalidité de 20.94% ($14'149 \text{ fr. } 58 \times 100 : 67'578 \text{ fr.}$), lequel est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il en va de même en procédant à une adaptation du montant de 67'578 fr. à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2014 telle qu'exposée ci-dessus. En effet, la comparaison du revenu sans invalidité allégué par le recourant et adapté à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2014, soit 69'835 fr. 66, avec le revenu d'invalidé de 53'428 fr. 42 fait apparaître une perte de gain de 16'407 fr. 24, correspondant à un degré d'invalidité de 23.49% ($16'407 \text{ fr. } 24 \times 100 : 69'835 \text{ fr. } 66$), lequel est également insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Les griefs du recourant concernant la détermination de son revenu sans invalidité doivent dès lors être écartés.

c) S'agissant du revenu d'invalidé, la référence aux données statistiques de l'ESS n'est pas critiquée par le recourant, ni critiquable.

Quant à l'abattement de 15% retenu par l'intimé, le recourant considère qu'il doit faire l'objet d'une nouvelle appréciation prenant en considération notamment son permis B. Force est toutefois de constater que cet abattement tient compte de manière globale des limitations fonctionnelles du recourant et se révèle même plutôt élevé au vu des circonstances personnelles et professionnelles du cas d'espèce. La prise en compte du permis de séjour du recourant n'aurait dès lors pas d'incidence sur cet abattement de 15%, qui doit être confirmé.

Au demeurant, un abattement plus élevé, soit par exemple de 20%, ne serait quoi qu'il en soit pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente. Un tel abattement conduirait à un revenu avec invalidité de 50'285 fr. 57 ($62'856 \text{ fr. } 96 - 20\%$). En comparant ce montant avec les différents

revenus sans invalidité discutés ci-dessus, soit 62'400 fr. (revenu retenu par l'OAI), 64'484 fr. 67 (revenu retenu par l'OAI indexé à 2014), 67'578 fr. (revenu allégué par le recourant) et 69'835 fr. 66 (revenu allégué par le recourant indexé à 2014), les degrés d'invalidité obtenus, soit de respectivement 19.41%, 22.02%, 25.59% et 27.99%, ne permettraient quoi qu'il en soit pas d'ouvrir le droit à une rente en faveur du recourant.

6. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise bidisciplinaire. La requête en ce sens du recourant doit ainsi être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

7. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

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 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 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'il est au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée à l'exonération des frais judiciaires et aux avances de ceux-ci, ces frais sont laissés provisoirement à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre

2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires. Celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 février 2015 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice mis à la charge de l'Etat.
- V.** 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 :

- Procap Suisse, Service juridique (pour X. _____),
- 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 :