

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 septembre 2016

Composition : M. NEU, président
M. Monod et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourant, représenté par PROCAP,
Me Franziska Lüthi, avocate, à Bienne,

et

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

Art. 17, 43 et 44 LPGA.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1968, n'a acquis aucune formation professionnelle.

Consommateur de drogues depuis 1982, il a fait l'objet de plusieurs interpellations pour réitérées infractions pénales.

Il s'est soumis à une expertise psychiatrique judiciaire, réalisée d'août à octobre 1987 par les Drs F._____ et B._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport corrélatif, daté du 12 octobre 1987, a mis en évidence les diagnostics de « personnalité borderline » et de « toxicomanie ».

B. L'assuré n'a exercé que des activités lucratives ponctuelles, notamment dans le domaine du bâtiment en tant qu'aide-électricien, jusqu'au début des années 1990.

Dans ce contexte, il a été victime de deux accidents, l'un ayant provoqué une fracture de la main droite en décembre 1989, l'autre une symptomatologie douloureuse du genou suite à la déchirure d'un ligament en mai 1990, dont les conséquences financières ont été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

C. Par demande formellement déposée le 20 novembre 1995, l'assuré a requis des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), motif pris des deux accidents précités.

Après sollicitation du dossier constitué par la CNA, l'OAI a requis un rapport médical initial auprès du Centre médical V._____. Le Dr L._____, spécialiste en médecine interne et endocrinologie au sein dudit centre, a complété ce document le 5 février 1996, faisant état des

diagnostics de « polytoxicomanie, éthylisme chronique », de « status post trauma (genou gauche, pied droit et main droite) », de « troubles de la personnalité et du comportement » et de « status post multiples tentamens ».

Le Dr M._____, médecin généraliste traitant, a produit un rapport médical initial en date du 28 mai 1996, préconisant des mesures professionnelles à mettre en œuvre « au plus vite » malgré « l'absence d'invalidité ».

L'OAI a décidé d'organiser une expertise psychiatrique, confiée au Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein de l'Hôpital C._____, laquelle n'a finalement pas été réalisée en raison principalement du manque de collaboration de l'assuré.

Par projet de décision du 9 octobre 1997, confirmé par décision formelle du 7 novembre 1997, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles AI, singulièrement à un reclassement, faute d'incapacité de travail et de gain de longue durée, considérant que les conditions de l'art. 4 LAI n'étaient pas réunies. Il a précisé que « [l']absence de formation n'[était] pas due à un problème de santé », selon les renseignements ressortant d'un entretien entre l'assuré et le médecin-conseil de l'administration.

Cette décision est entrée en force, faute de recours de l'assuré dans le délai légal.

D. L'assuré a formulé une seconde requête de prestations AI auprès de l'OAI en date du 23 décembre 1998 en vue de l'octroi d'une rente, compte tenu de « problèmes psychologiques ».

Invité le 14 avril 1999 à établir de manière plausible une modification de sa situation susceptible d'influer sur ses droits depuis la précédente décision de refus de prestations, l'assuré ne s'est manifesté

qu'à la suite d'un projet de refus de rente, daté du 3 juin 1999, par le biais d'un téléphone à l'OAI du 17 juin 1999. Il a fait part à cette occasion de ses difficultés à se gérer et suggéré la mise en œuvre d'un examen médical organisé par l'administration.

Par avis du 4 octobre 1999, le Dr T._____, médecin-conseil de l'OAI, a indiqué que « la nouvelle demande ne se [fondait] pas sur des éléments nouveaux. Il était clair que la première demande était déjà fondée sur l'existence de difficultés psychologiques. L'AI a estimé que l'art. 4 LAI n'était pas rempli. » Il a conclu à l'absence de motif d'entrer en matière sur la seconde requête de prestations de l'assuré.

Partant, l'OAI a établi une décision de refus de rente le 8 octobre 1999, conforme à son projet de décision du 3 juin 1999, indiquant que les conditions de l'art. 4 LAI n'étaient pas remplies en l'occurrence et renvoyant au surplus à la teneur de sa décision initiale du 7 novembre 1997.

L'assuré n'a pas recouru contre cette seconde décision de sorte qu'elle est également entrée en force.

E. L'assuré a derechef sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité, par dépôt le 1^{er} novembre 2002 d'un troisième formulaire complété à cette fin auprès de l'OAI. Il a précisé souffrir des conséquences de « plusieurs pneumonies avec bronchite chronique (besoin bronchospasmolytique), d'un calcanéum droit cassé et de problèmes aux deux genoux ». Il a indiqué être suivi par les Drs Y._____, médecin généraliste traitant, S._____, spécialiste en pneumologie, et R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

L'OAI a enjoint l'assuré à rendre plausible une éventuelle aggravation de son état de santé par courrier du 5 novembre 2002, réitéré par pli recommandé du 10 avril 2003, auxquels aucune suite n'a été donnée.

Dès lors, l'OAI a émis une décision de refus de rente le 3 octobre 2003, se prononçant en l'état du dossier au vu de la violation de l'obligation de collaborer du fait de l'assuré, lequel n'a pas fait usage de la possibilité de s'y opposer dans le délai légal de trente jours.

F. En date du 29 mars 2011, l'assuré a déposé une quatrième requête de prestations AI, mentionnant au titre d'atteintes à la santé une « bronchite chronique de degré sévère », une « hépatite C », des « déchirures des ligaments croisés intérieurs des genoux droit et gauche » et une « fracture du calcanéum droit ».

A la demande de l'OAI du 4 avril 2011 l'invitant à faire état d'une plausible aggravation de son état de santé, l'assuré a produit des rapports établis les 13 septembre 2010 et 14 janvier 2011 par le Dr S. _____ à l'attention de son médecin traitant, le Dr Y. _____. Le rapport du 14 janvier 2011 mentionne notamment les diagnostics ci-après :

- infiltrat pulmonaire avec condensation du segment apical du lobe inférieur droit évoquant un foyer de broncho-pneumonie probablement secondaire à une broncho-aspiration (pneumopathie inflammatoire granulomateuse avec corps étrangers en partie biréfringents, fibrose et importante anthracose) ;
- présence d'une micro-bactérie atypique (*microbacterium malmoense*) présente dans le LBA [réd. : lavage broncho-alvéolaire] évoquant une colonisation plutôt qu'une infection pulmonaire ;
- BPCO [réd. : broncho-pneumopathie chronique obstructive] de degré sévère, secondaire à un tabagisme actif et à une consommation de joints ;
- cytolyse hépatique importante dans le cadre d'une hépatite C non traitée et d'un éthyisme chronique.

Etant donné ces éléments, l'OAI a sollicité des rapports médicaux auprès des Drs S. _____ et R. _____.

Ce dernier a complété le document ad hoc à l'attention de l'administration le 20 juin 2011, retenant que les atteintes à la santé suivantes étaient de nature à entraver la capacité de travail de son patient :

- status après plastie du LCA [réd. : ligament croisé antérieur] et méniscectomies interne et externe du genou gauche, status après rupture du LCA du genou droit ;
- status après fracture du calcanéum droit ;
- status après entorse de Lisfranc du pied droit.

Il a considéré une incapacité totale de travail depuis 2003, son patient n'étant plus en mesure de « marcher ou de porter des charges lourdes ou de se mettre en position accroupie » et se trouvant « facilement dyspnéique ».

Quant au Dr S._____, il a réitéré les diagnostics évoqués en date du 14 janvier 2011 dans un rapport du 11 juillet 2011, précisant que l'incapacité de travail de l'assuré était totale « en tous cas depuis 2005 ». Il a par ailleurs relaté en ces termes les éléments d'anamnèse, tout en émettant un pronostic réservé au vu de la sévérité des atteintes :

« L'assuré est un fumeur de cigarettes et de joints (estimé à 50 UPA). Il présente une BPCO depuis 2011 qui se manifeste essentiellement par une toux chronique, une dyspnée, une respiration sifflante. Initialement la BPCO était de degré moyen, avec une aggravation progressive mais irrémédiable puisque depuis 2007, il s'agit d'une BPCO de degré sévère avec une aggravation nette ces derniers temps. Le handicap respiratoire se manifeste sous forme d'une dyspnée stade II et III, une toux chronique, des expectorations tintées. Par ailleurs, l'assuré présente un infiltrat pulmonaire persistant du segment apical du lobe inférieur droit. Cet infiltrat a motivé plusieurs investigations (bronchoscopie, ponction transthoracique) permettant de retenir le diagnostic de foyer de broncho-pneumonie chronique probablement secondaire à une broncho-aspiration et en rapport avec une surinfection mycobactérienne (*mycobacterium malmoense*).

En plus du problème respiratoire l'assuré souffre d'une hépatite chronique se manifestant par une cytolysé hépatique significative persistante. Cette hépatite est due à une hépatite C active non traitée et un éthylisme chronique. Les manifestations cliniques sont celles d'une perte pondérale, en rapport aussi avec la BPCO, une baisse de l'appétit. Ces deux pathologies conduisent à une altération importante de l'état général de l'assuré. »

A la demande de l'OAI, suite à un avis du Dr K._____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), le Dr S._____ a précisé le 16 août 2011 que la capacité de travail de l'assuré était nulle, y compris dans une activité légère sédentaire ou semi-

sédentaire « en raison de la sévérité de l'insuffisance respiratoire et du mauvais état général (hépatite C, OH [réd. : alcoolisme], cannabis). »

Le SMR, par l'intermédiaire des Drs K. _____ et W. _____, a estimé dans un avis du 21 mars 2012 qu'une expertise pneumologique se justifiait, considérant que « les éléments présentés par les médecins de l'assuré n'étaient pas convaincants d'une IT [réd. : incapacité de travail] de 100% dans une activité légère de type sédentaire ou semi-sédentaire. »

Le mandat a été confié au Dr G. _____, spécialiste en pneumologie et médecine interne au sein du Centre hospitalier D. _____, dont le rapport a été établi le 5 juillet 2012. L'expert a observé les diagnostics suivants de nature à influencer sur la capacité de travail de l'assuré :

- BPCO de stade III selon GOLD depuis 2007. L'atteinte respiratoire chronique irréversible est évolutive en présence d'un tabagisme toujours actif ;
- hépatite C chronique active non traitée en raison d'une consommation abusive d'alcool ;
- les manifestations cliniques sont celles d'une perte pondérale progressive et une altération de l'état général.

Étaient en outre mentionnés, au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de « status post déchirure traumatique du LCA du genou D [réd. : droit] et fracture du calcanéum D antérieures à 2000 », sous la précision que ces atteintes avaient été « prises en compte dans les instructions antérieures autorisant alors une activité en position assise ou semi-sédentaire et/ou autorisant à varier les positions au gré de l'assuré ».

Compte tenu des résultats de l'ergospirométrie, l'expert pneumologue a relevé que « la capacité aérobie de [l'assuré] ne permet[tait] pas un travail en tant qu'aide installateur-électricien et qu'une incapacité de 100% [devait] être retenue dans cette activité. Par rapport aux activités réalisables, seul un travail en position assise [était] envisageable durant 8 heures par jour » dans un environnement

professionnel « exempt de poussières et d'autres irritants pour les voies respiratoires. » Il a souligné l'absence de diminution de rendement prévisible « pour un travail assis sans effort » en cas d'état clinique stable.

Le SMR, par l'intermédiaire du Dr K._____, s'est rallié aux observations de l'expert pour conclure à une capacité de travail de 100% dès 2005 dans une activité légère, sédentaire, exercée en position assise et sans effort, aux termes d'un avis médical du 14 août 2012.

L'OAI a dès lors procédé à la détermination du préjudice économique de l'assuré, mettant à jour un degré d'invalidité de 10% compte tenu de la comparaison des revenus hypothétiques sans et avec invalidité fondés sur les statistiques salariales, telles qu'édictées par l'Office fédéral de la statistique (OFS).

Partant, l'OAI a établi un projet de décision de refus de rente le 27 août 2012, constatant en outre que le droit à un reclassement professionnel n'était pas ouvert. Ce projet a été repris dans une décision du 8 octobre 2012.

G. L'assuré, représenté par PROCAP, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte de recours du 6 novembre 2012. Après avoir rappelé les règles pertinentes en matière de révision et de reconsidération du droit aux prestations AI, il a constaté que l'aspect psychique de sa situation n'avait jamais fait l'objet d'une évaluation approfondie. L'assuré a conclu principalement à l'annulation de la décision du 8 octobre 2012 et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet psychiatrique, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Il a en outre sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite en raison de la précarité de sa situation financière.

Par décision du 13 novembre 2012, le juge instructeur a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite avec effet au 31 octobre 2012 en l'exonérant d'avances de frais.

L'intimé a préavisé le rejet du recours en date du 3 décembre 2012, considérant que le dossier de l'assuré était complet au vu des conclusions de l'expertise pneumologique réalisée par le Dr G._____.

Par mandat du 18 février 2013, le juge instructeur a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique de l'assuré au Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport en date du 10 mai 2013. Il a fait état des diagnostics ci-dessous :

- syndrome de dépendance alcoolique (F10.25) ;
- syndrome de dépendance au cannabis (F12.25) ;
- trouble mixte de la personnalité.

Quant aux répercussions de ces atteintes à la santé, qualifiées de sévères, il a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail de 80% pour toutes activités depuis « le début des années 1990 ».

H. A l'issue de plusieurs échanges d'écritures entre les parties, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu un arrêt en date _____ du 28 avril 2015, sous n° de cause AI 268/12 - 99/2015. Sur la base des conclusions de l'expertise du Dr H._____, elle a admis le recours de l'assuré et réformé la décision de l'OAI du 8 octobre 2012 en ce sens que le droit au versement d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 80%, était reconnu dès le 1^{er} mars 2006. Elle a considéré qu'une révision procédurale de la décision entreprise était justifiée, le rapport établi par l'expert psychiatre mettant à son avis en évidence des faits nouveaux, tandis qu'aucun motif de révision ordinaire ou de reconsidération n'était avéré.

Suite au recours en matière de droit public interjeté le 21 mai 2015 par l'OAI par devant le Tribunal fédéral, l'intimé a obtenu partiellement gain de cause. La Haute Cour a en effet annulé l'arrêt cantonal du 28 avril 2015 par arrêt du 6 janvier 2016 en la cause 9C_365/2015, exposant que le raisonnement de la cour cantonale procédait d'une application inexacte de la notion de

révision procédurale et que l'incapacité de travail de 80% pour raisons psychiatriques ne pouvait être retenue, l'expertise réalisée par le Dr H._____ ne constituant pas un fait ou un moyen de preuve nouveau. En revanche, le Tribunal fédéral a observé que de nouvelles atteintes à la santé physique, survenues depuis la décision du 7 novembre 1997, ressortaient des constatations de la juridiction cantonale, à savoir « une BPCO de degré III, un infiltrat pulmonaire évoquant un foyer de broncho-pneumonie, une symptomatologie douloureuse aux genoux et au pied droit, ainsi qu'une hépatite C ». La cour cantonale ayant laissé ouverte la question de l'incidence de ces pathologies sur la capacité de travail de l'assuré, la cause devait lui être renvoyée pour statuer à cet égard, en examinant notamment « si le rapport de l'expert mandaté par l'administration était suffisamment complet, au regard de l'ensemble des atteintes évoquées par les autres médecins, dont l'hépatite C ».

I. Reprenant l'instruction de la cause, enregistrée désormais sous n° AI 8/16 (ap. TF), le juge instructeur a invité les parties à se prononcer sur la question demeurant litigieuse par ordonnance du 18 janvier 2016.

Le 23 février 2016, l'intimé s'est prévalu de l'expertise pneumologique du Dr G._____, lequel avait conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. Cette appréciation avait été suivie par le Dr K._____ du SMR dans son avis du 14 août 2012, tandis que le rapport du Dr G._____ devait être qualifié de pleinement probant.

En date du 9 mars 2016, le recourant a signalé une dégradation constante de son état de santé physique, notamment sur le plan pulmonaire depuis l'expertise réalisée en 2012 par le Dr G._____. En outre, il souffrait d'une « cirrhose » depuis 2014 et avait développé un « nodule de carcinome hépatocellulaire » en 2015. Une « myélopathie cervicale compressive avec paresthésies des quatre membres » avait imposé une intervention chirurgicale en 2014. Il a considéré que son état

général et ses multiples limitations fonctionnelles rendaient impossible une reprise d'activité lucrative. Etaient annexés plusieurs rapports médicaux, soit un rapport du 5 février 2016 de la Dresse E._____, cheffe de clinique adjointe au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier D._____, un rapport du 11 février 2016 du Dr J._____, médecin associé auprès de la Consultation de gastro-entérologie et hépatologie de la Polyclinique N._____, et un certificat médical du 7 mars 2016 du Dr S._____.

La Dresse E._____ a fait état d'une « évolution clinique et radiologique favorable suite à la cure chirurgicale de la myélopathie cervicale avec toutefois, la persistance de quelques signes de myélopathie. ». Elle a précisé que, « du point de vue strictement neurochirurgical, la reprise d'une activité d'électricien [était] déconseillée », alors qu'une « reconversion professionnelle [était] envisageable » abstraction faite du « contexte de ce patient polymorbide avec problèmes pulmonaires, orthopédiques et hépatite C ».

Le Dr J._____ a de son côté communiqué ce qui suit :

« [...] Je suis [l'assuré] à ma consultation depuis août 2014 suite à la découverte d'une cirrhose sur hépatite C de manière fortuite. Cette cirrhose est pour l'instant compensée mais nous avons rapidement été préoccupés par l'apparition d'un nodule de carcinome hépatocellulaire qui a nécessité un traitement par radiofréquence. Jusqu'à présent cette tumeur n'a pour l'instant pas récidivé mais les chances qu'un nouveau nodule apparaisse sont très élevées. [...] [L'assuré] souffre également d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive sévère et de troubles de la colonne vertébrale. Ainsi, malgré son jeune âge, il a déjà plusieurs comorbidités qui rendront sa mise en liste dans un programme de greffe hépatique compliquée. [...] [...] Je constate qu'il est très faible, facilement fatigué et dyspnéique. A mon avis, il est illusoire de considérer une reprise de l'activité professionnelle compte tenu de la sévérité des maladies actuellement diagnostiquées. [...] »

Quant au Dr S._____, il a énuméré les diagnostics suivants :

- BPCO de degré très sévère (VEMS [réd. : volume expiratoire maximum par seconde] à 26% du prédit) post-tabagique.
- Status après infiltrat pulmonaire avec condensation favorisée par une mycobactérie atypique [...] d'octobre 2011 à juillet 2012.

- Effet de masse spiculée pulmonaire du lobe inférieur droit et du lobe inférieur gauche, stable depuis mars 2015 [...].
- Cirrhose hépatique dans le cadre d'une hépatite C chronique et après éthylysme.
- Nodule hépatique unique de 11 mm, probable carcinome hépatocellulaire, status après thermo-ablation par radiofréquence (avril 2015).
- Allergie à la pénicilline.
- Myélopathie cervicale compressive avec status post laminectomie C4 à C7 (16.9.2014) avec paresthésies aux quatre membres, prédominant aux mains, troubles de l'équilibre [...].
- Status post cure des ligaments croisés du genou gauche (2000).
- Arthrose de la hanche droite.
- Déchirures des ligaments du genou droit.

Il a estimé que son patient était totalement incapable de travailler depuis 2005.

L'OAI s'est exprimé sur ces pièces médicales le 6 avril 2016, rappelant que la légalité d'une décision devait être appréciée d'après l'état de fait régnant à la date de son émission. Se référant à un avis du Dr K. _____ du SMR du 18 mars 2016, il a relevé que les éléments médicaux nouveaux portés à la connaissance de la Cour de céans étaient postérieurs à la décision entreprise, sans aucun indice d'une aggravation de l'état de santé physique antérieurement au 8 octobre 2012. La décision en cause devait à son avis être confirmée.

Par détermination du 23 mai 2016, le recourant a souligné que les diagnostics évoqués dans son cas étaient pour l'essentiel survenus avant l'établissement de la décision du 8 octobre 2012. Était seule déterminante l'influence des atteintes à la santé sur sa capacité de travail, lesquelles s'étaient progressivement aggravées bien avant la date précitée. Il a relevé que quand bien même « chaque atteinte prise séparément n'empêcherait probablement pas une reprise d'activité, le cumul de nombreux problèmes physiques [était] à l'origine de limitations » excluant l'exercice d'une activité professionnelle. Il a en outre produit un certificat médical du Dr Y. _____, daté du 16 mai 2016, ainsi qu'un rapport de l'Hôpital I. _____ du 11 avril 2006. Ce dernier document fait état d'un « antérogissement de C2 sur C3, non compatible avec une fracture ou une luxation » et de « modifications importantes au niveau C5-

C6 avec un rétrécissement osseux important du trou de conjugaison C6 à gauche ».

S'agissant du certificat du Dr Y. _____ précité, il est libellé en ces termes :

« [L'assuré] a été traité pour une infection pulmonaire à mycobactérie atypique d'octobre 2011 à juillet 2012. Par ailleurs, il souffre d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive depuis au moins quinze ans. Cette affection s'est peu à peu aggravée au cours des années et elle a atteint un degré sévère. En raison de ces pathologies pulmonaires, [l'assuré] doit prendre un traitement antibiotique au long cours (Azithromycine), traitement qu'il suit encore actuellement.

[L'assuré] a été opéré pour une myélopathie cervicale compressive en 2014 (laminectomie C4, C5, inférieure C3 et supérieure C6). Cette affection avait été diagnostiquée en 2013. Rétrospectivement, on constate que cette affection avait commencé à se manifester environ huit ans auparavant, c'est à dire depuis 2006 environ, par des paresthésies aux quatre membres, prédominant aux mains.

Une hépatite C a été diagnostiquée il y a environ quinze ans, alors que [l'assuré] consommait encore des drogues. Par ailleurs, [l'assuré] consommait de l'alcool (essentiellement de la bière) de façon excessive depuis beaucoup plus longtemps. [L'assuré] a suivi à plusieurs reprises des traitements avec du Campral (2005, 2006, 2007 et 2011) pour arrêter sa consommation excessive d'alcool. Une cirrhose hépatique a été découverte en 2014 lors d'une opération abdominale. »

L'intimé a persisté dans ses conclusions initiales en date du 2 juin 2016, en faisant valoir un nouvel avis du Dr K. _____ du SMR, rédigé le 30 mai 2016. Aux termes de ce document, ce médecin a réitéré qu'aucun des rapports médicaux produits par le recourant, ni aucune investigation médicale ne rendaient plausible une aggravation de son état de santé antérieure à la décision du 8 octobre 2012. Il a notamment relevé que l'assuré avait déclaré au Dr H. _____, à l'occasion de l'expertise de mai 2013, consulter le Dr S. _____ tous les trois à quatre mois, le Dr Y. _____ deux fois par an et le Dr R. _____ ponctuellement.

Les parties ont été informées le 7 juin 2016 que la cause était gardée à juger.

E n d r o i t :

1. L'objet du présent litige doit être déterminé en fonction de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, rendu le 6 janvier 2016 en la cause 9C_365/2015, qui a annulé l'arrêt de la Cour de céans du 28 avril 2015.

Le Tribunal fédéral a estimé que l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr H. _____ ne pouvait fonder une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). Sur ce même plan psychique, on ne pouvait davantage retenir de motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA ou de reconsidération en vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA (TF [Tribunal fédéral] 9C_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 4).

En revanche, le Tribunal fédéral a observé que des atteintes à la santé physique avaient été mises en évidence depuis la décision du 7 novembre 1997. La Cour de céans ne s'était toutefois pas prononcée sur l'incidence de ces pathologies sur la capacité de travail du recourant, ni sur le caractère éventuellement complet des investigations conduites par l'administration en lien avec le volet somatique de son état de santé (cf. *ibidem*, consid. 4).

Conformément à l'arrêt de renvoi, il reste en conséquence à analyser si les pièces médicales à disposition permettent de déterminer l'incidence des troubles physiques sur la capacité de travail - et de gain - de l'assuré, puis cas échéant, de statuer sur le droit éventuel de ce dernier à une rente d'invalidité.

2. a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

Dès lors, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant éventuellement modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

Les faits survenus postérieurement à la décision entreprise doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4).

b) En l'espèce, le recourant a produit nombre de documents médicaux postérieurs à la décision querellée du 8 octobre 2012, en vue d'étayer l'allégation d'une aggravation constante de son état de santé.

Dans la mesure où la Cour de céans est appelée à trancher à l'aune de l'état de fait régnant à la date susmentionnée, ces pièces ont lieu d'être écartées en ce qu'elles concernent des faits survenus à une date ultérieure. Elles ne seront prises en considération que si et dans la mesure où elles viendraient apporter des précisions pertinentes sur l'état de santé du recourant tel qu'arrêté au 8 octobre 2012.

3. On rappellera préalablement les règles régissant la procédure de révision du droit aux prestations, puisque la décision entreprise s'inscrit dans un tel contexte, l'administration étant entrée en matière sur la quatrième requête de prestations de l'assuré.

a) 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.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

b) In casu, le Tribunal fédéral a expressément souligné qu'il s'agissait de déterminer si atteintes à la santé somatiques survenues auprès de l'assuré depuis la précédente décision portant sur l'examen matériel du droit aux prestations - soit celle du 7 novembre 1997 -

justifiaient la révision de ce droit jusqu'au 8 octobre 2012.

4. a) Aux termes 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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). 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).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} 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.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

5. a) 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 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – 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).

b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

6. En l'espèce, depuis le 7 novembre 1997, l'assuré a présenté des affections somatiques sur les plans pulmonaire, rhumatologique,

respectivement orthopédique et hépatique, selon les rapports établis par les différents médecins consultés.

a) Du point de vue pulmonaire, les diagnostics évoqués postérieurement au 7 novembre 1997 sont ceux d'une « BPCO de degré sévère », d'un « status post infiltrat pulmonaire en présence d'une microbactérie atypique » et d'un « effet de masse spiculée pulmonaire des lobes inférieurs droit et gauche » (cf. à cet égard certificat du Dr S. _____ du 7 mars 2016).

Ces affections étaient manifestement connues du Dr G. _____ lorsqu'il a rencontré l'assuré en juin 2012 pour procéder à l'expertise requise par l'OAI (cf. rapport d'expertise pneumologique du 5 juillet 2012).

L'expert a en effet discuté l'ensemble des diagnostics évoqués et leur incidence en termes de capacité de travail. Il a au demeurant dûment analysé les pièces versées à son dossier, tout en effectuant les investigations cliniques complémentaires indispensables pour mener à bien son mandat. On relève également que le rapport d'expertise concerné contient les éléments d'anamnèse pertinents et détaille les observations objectives déterminantes, tout en fournissant une appréciation du cas convaincante et exempte de contradictions.

Il convient dès lors de qualifier de pleinement probant le rapport d'expertise rédigé par le Dr G. _____, dont les conclusions relatives à une capacité de travail de 100% dans une activité strictement adaptée aux problèmes pulmonaires peuvent être suivies, au détriment de l'avis du Dr S. _____ sur cette question en sa qualité de spécialiste traitant.

Par ailleurs, ainsi que l'a remarqué le Dr K. _____ du SMR dans son avis du 18 mars 2016, aucune pièce ne vient sérieusement attester d'une dégradation de l'état de santé pulmonaire entre l'expertise du Dr G. _____ et l'établissement de la décision querellée.

Singulièrement, on rejoint l'avis du Dr K. _____ précité en ce qu'il constate la mention par le pneumologue traitant d'une « VEMS de 26% » dans son certificat du 7 mars 2016, soit péjorée par rapport aux constats du Dr G. _____ (VEMS de 34%), sans néanmoins retenir d'aggravation antérieure au 8 octobre 2012. En effet, il apparaît vraisemblable que la dégradation des capacités pulmonaires du recourant s'inscrive dans un lent processus s'étendant sur plusieurs années, sans conséquences objectivables sur un court intervalle de quelques mois (tel que celui s'étendant entre l'expertise du Dr K. _____ et l'établissement de la décision du 8 octobre 2012). Cette déduction est d'ailleurs corroborée par le certificat du Dr Y. _____ du 16 mai 2016 où ce médecin indique que la BPCO est présente depuis « au moins quinze ans » et qu'elle s'est « peu à peu aggravée au cours des années ».

Vu ces éléments, on peut en conclure, en dépit des pièces produites par le recourant, que l'évaluation pulmonaire du Dr G. _____ est demeurée valable jusqu'à la décision du 8 octobre 2002. Dans la mesure où le rapport d'expertise corrélatif est parfaitement probant, on ne peut que retenir l'appréciation de la capacité de travail communiquée par l'expert eu égard au volet pulmonaire de l'état de santé du recourant et considérer que cet aspect a été instruit à satisfaction par l'intimé.

b) Il en va en revanche différemment des aspects rhumatologique et orthopédique. Le recourant a allégué pour l'essentiel des problèmes aux deux genoux et au pied droit, lesquels ont été confirmés par le Dr R. _____ aux termes de son rapport du 20 juin 2011. La capacité de travail de l'assuré était qualifiée de nulle depuis 2003 au vu de son impossibilité à « marcher ou porter des charges lourdes ou de se mettre en position accroupie » (cf. rapport du Dr R. _____ du 20 juin 2011).

On peut certes concéder à l'intimé, respectivement au Dr K. _____ du SMR, qu'une telle problématique ne paraît pas inconciliable avec l'exercice d'une activité lucrative sédentaire ou semi-sédentaire.

Néanmoins, cet aspect n'a pas été investigué plus avant d'un point de vue de spécialiste. On ne peut rien déduire en faveur de l'intimé de la mention des diagnostics orthopédiques au titre de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, telle que figurant dans le rapport d'expertise du 5 juillet 2012 du Dr G._____. Une évaluation des conséquences des atteintes orthopédiques sort manifestement de son champ de compétences, ce médecin étant spécialisé en pneumologie et médecine interne (cf. à cet égard TF 9C_63/2010 du 13 septembre 2010 consid. 5).

S'agissant des problèmes d'ordre rhumatologique, il convient de se rallier à la position du Dr K._____ du SMR lorsqu'il mentionne que la « myélopathie cervicale opérée en septembre 2014 [est] un élément nouveau postérieur à la décision contestée. »

Cela étant, on doit relever que le recourant a produit un rapport de l'Hôpital I._____ du 11 avril 2006 en annexe à sa détermination du 23 mai 2016, lequel atteste de problèmes cervicaux. Ceux-ci, inconnus de l'administration à la date du 8 octobre 2012 et en conséquence non investigués, justifient plus amples examens, notamment quant à leurs répercussions en termes de limitations fonctionnelles et de capacité de travail dans une activité adaptée.

Force est dès lors d'en déduire que le dossier de l'administration à la date du 8 octobre 2012 était incomplet sur le plan rhumatologique.

c) Il en va de même de l'état de santé hépatique de l'assuré. L'OAI avait connaissance d'une hépatite C l'affectant depuis de nombreuses années, responsable a priori d'une « perte pondérale » et d'un « état général altéré » (cf. rapport d'expertise du Dr G._____ du 5 juillet 2012).

Or, aucun avis de spécialiste n'a été requis sur la question. La qualification de ce diagnostic en tant que diagnostic influant sur la

capacité de travail, telle qu'énoncée par le Dr G._____ le 5 juillet 2012, n'autorise aucune déduction en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles. Dite qualification n'émane pas d'un spécialiste du domaine concerné, tandis qu'on ne dispose d'aucun renseignement sur l'évolution de la pathologie hépatique au cours des années.

On admettra toutefois, à l'instar de l'intimé, respectivement du SMR, que les diagnostics de « cirrhose » et de « carcinome hépatocellulaire » sont en revanche d'apparition postérieure à la décision litigieuse, au vu des explications communiquées par le Dr J._____ quant à sa prise en charge dès août 2014.

Quoi qu'il en soit, au vu du défaut de renseignements médicaux quant à l'évolution et aux répercussions de l'hépatite C depuis le 7 novembre 1997, il n'apparaît pas possible de se déterminer sur la capacité de travail de l'assuré et sur les limitations fonctionnelles consécutives.

d) En définitive, il faut constater qu'en dépit de sa valeur probante, l'expertise du Dr G._____ ne permet pas de déterminer précisément les limitations fonctionnelles de l'assuré, ni de statuer sur sa capacité de travail effective à la date du 8 octobre 2012. Compte tenu de la pluralité des atteintes à la santé diagnostiquées in casu, il s'imposait de procéder à une évaluation pluridisciplinaire de la situation et à une appréciation globale de la capacité de travail depuis le 7 novembre 1997.

7. Etant donné les carences dont souffre le dossier de la cause sur le plan médical, on ne peut déterminer les répercussions des atteintes à la santé somatique sur la capacité de travail de l'assuré, ni par voie de conséquence statuer sur son droit à une rente d'invalidité. Un complément d'instruction doit dès lors manifestement être mené à bien au préalable.

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits

pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le

tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, il ne fait pas de doute qu'il incombe à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation médicale du recourant. Singulièrement, il lui appartient de procéder à un complément en vue de clarifier la capacité de travail effective de l'assuré compte tenu de l'ensemble de ses atteintes à la santé physique, ainsi que de se prononcer sur l'évolution de cette capacité depuis la décision du 7 novembre 1997.

Ce n'est qu'à l'issue de ce complément d'examen que pourra être déterminé si un motif de révision de la situation de l'assuré, qui serait survenu depuis cette dernière date, est ou non avéré en l'occurrence et cas échéant, si le recourant peut prétendre une rente d'invalidité.

8. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

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 (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.

c) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 8 octobre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire avant nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- PROCAP, Me Franziska Lüthi, à Bienne (pour X. _____),
- 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 :