

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Piguet, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 et 16 LPGA ; art. 28 et 28a LAI

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de vendeuse et d'employée de maison, ainsi que d'un diplôme de paysanne, a travaillé à temps partiel (horaire variable) auprès de deux sociétés de sondage, B. _____ AG et P. _____ AG. Elle a également été employée par le magasin F. _____ à [...] comme caissière à plein temps du 8 mars 2010 au 18 septembre 2010.

Elle a été en incapacité de travail totale à partir du 6 octobre 2010 en raison d'un cancer du sein droit de stade III A. Elle a subi une chimiothérapie, suivie d'une mastectomie droite le 29 mars 2011, puis d'une radiothérapie jusqu'à fin juin 2011. Elle a ensuite suivi une hormonothérapie et bénéficié depuis la mastectomie d'un traitement de drainage lymphatique hebdomadaire.

Le 12 octobre 2011, D. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès des différents médecins de l'assurée et fait verser le dossier constitué par l'assureur perte de gain maladie.

Le rapport du 1^{er} juillet 2011 de la Dresse Z. _____, spécialiste en oncologie médicale auprès du Centre pluridisciplinaire d'oncologie du Centre hospitalier S. _____, adressé à l'assureur perte de gain maladie, faisait état d'une fatigue importante de l'assurée, qui était en rémission complète. Le médecin a indiqué qu'une reprise de l'activité lucrative en tant que caissière à 100 % était possible entre trois et six mois après la fin de la radiothérapie, soit entre octobre et décembre 2011.

Dans un rapport du 21 octobre 2011, la Dresse Z. _____ a évalué la possibilité d'une reprise à temps partiel de l'activité habituelle

dans un délai de deux à trois mois vu la fatigue et la fatigabilité très importantes de l'assurée. Une reprise à 100 % était espérée avec le temps. S'agissant des limitations fonctionnelles, la praticienne a retenu le port de charges et la levée de poids à partir de cinq kilos, la position assise supérieure à quatre heures, la position debout supérieure à une heure et trente minutes, ainsi que la marche supérieure à un kilomètre. Elle a proposé une activité physiquement « non demandante », plutôt en position assise.

Selon le rapport du 22 novembre 2011 de la Dresse Z. _____, l'assurée était extrêmement fatiguée, manquait de concentration et avait d'importantes bouffées de chaleur. Elle a estimé qu'une reprise d'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail, était progressivement possible dans une activité adaptée. Elle a mentionné à titre de limitations fonctionnelles le port de charges de plus de cinq kilos, une capacité de concentration limitée dans le temps et une fatigabilité.

Il ressort du rapport du 20 janvier 2012 de la Dresse Z. _____ que l'assurée continuait à décrire une importante fatigue, aggravée par un sommeil perturbé par de nombreuses bouffées de chaleur nocturnes l'obligeant à se lever et à se changer, ainsi que des douleurs à la mobilisation du bras droit, une dyspnée de stade II et des difficultés de concentration pendant une longue période de temps. Selon la Dresse Z. _____, une augmentation progressive de la capacité de travail jusqu'à 100 % pouvait être imaginée, tout en réévaluant progressivement l'évolution de la patiente. La Dresse Z. _____ a aussi relevé la possibilité que l'assurée souffre de limitations à long terme sous forme de fatigabilité qui limiterait la capacité de travail pour un pourcentage qui restait à déterminer. Elle a listé les mêmes limitations fonctionnelles que dans son rapport du 22 novembre 2011, en ajoutant une capacité d'adaptation limitée physiquement.

Dans un rapport du 7 mars 2012, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale et en oncologie médicale auprès du Centre

pluridisciplinaire d'oncologie du Centre hospitalier S._____, a constaté la rémission complète de l'assurée du point de vue oncologique, néanmoins avec des douleurs du membre supérieur droit post-mastectomie et curage axillaire, ainsi qu'une hypoesthésie de la main gauche suite à la pose d'un port-à-cath. Le Dr J._____ a considéré qu'il n'y avait aucune restriction concernant une activité de sondage et que la reprise d'une activité était immédiatement possible à condition de respecter les limitations fonctionnelles, à savoir le port et la levée de poids à partir de deux kilos, la position assise supérieure à huit heures et la position debout supérieure à quatre heures. En particulier, le port de plaques de pâtisserie n'était pas exigible.

A la teneur du rapport du 5 juin 2012 du Dr V._____, spécialiste en ophtalmologie, l'assurée ne présentait pas de diagnostic incapacitant, ni de restriction d'un point de vue ophtalmologique.

Selon une note de suivi du 7 juin 2012 figurant au dossier de l'OAI, un entretien téléphonique a eu lieu entre un collaborateur de l'OAI et la Dresse N._____ du Service d'oncologie du Centre hospitalier S._____ le 5 juin 2012. On extrait ce qui suit de ce document :

« La Dresse N._____ nous informe que l'assurée est en rémission complète.

Sa capacité de travail est donc entière dans une activité professionnelle adaptée. Les limitations fonctionnelles sont uniquement une fatigabilité variable, ainsi que l'évitement du port de charges. La sollicitation importante des membres supérieurs risque d'engendrer le gros bras. L'usage même de la main droite est limité. Concernant la baisse visuelle dont se plaint l'assurée, pour la doctoresse, ce n'est pas un facteur limitant, car c'est plus plutôt lié à un facteur de vieillissement.

[...]

Pour un projet de réinsertion professionnelle, la limitation majeure est liée à son bras droit. Autrement, la fatigabilité n'est pas importante et ne devrait pas avoir d'incidence sur sa capacité de travail. Il est clair toutefois que son activité habituelle de caissière/vendeuse n'est plus exigible en raison du port de charges pouvant engendrer le gros bras.

[...]

D'après les renseignements de l'assurée, celle-ci est en incapacité totale pendant encore 3 mois, nous interrogeons la Dresse à ce sujet. D'après cette dernière, le certificat a été établi pour des raisons de couverture d'assurance.

Nous signalons à la Dresse que nous sommes dans l'attente d'un nouveau rapport médical. De plus, nous prenons note que l'assurée est en mesure de reprendre une activité professionnelle à plein temps dans une activité adaptée. »

Par avis médical du 18 juillet 2012 du Service médical régional (ci-après : le SMR), le Dr Q._____, médecin praticien et médecin du travail, a retenu une capacité de travail nulle de l'assurée dans son activité habituelle dès le 6 octobre 2010 et une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée dès le 20 janvier 2012, de 50 % dès le 7 mars 2012 et de 100 % dès le 5 juin 2012. Les limitations fonctionnelles étaient la fatigue, un sommeil perturbé, des bouffées de chaleur nocturne, une inaptitude aux activités du membre supérieur droit et le port de charges supérieures à deux kilos.

Aux termes du rapport du 18 juillet 2012 de la Dresse N._____, la situation médicale de l'assurée était stable, mais la reprise du travail n'était pas possible pour des raisons médicales, soit une fatigue non améliorée, des troubles de la mémoire avec des problèmes de concentration (survenues depuis janvier 2012), des bouffées de chaleur avec difficultés de travailler dans un endroit clos sans aération. La Dresse N._____ a estimé que la capacité de travail en tant que vendeuse était nulle et qu'une reprise progressive dans une activité adaptée à temps partiel était possible dès le mois de septembre 2012.

Il ressort d'un avis médical du 15 août 2012 rédigé par le Dr Q._____ du SMR à la suite d'un entretien téléphonique du même jour avec la Dresse N._____ que cette dernière lui a confirmé une capacité de travail médico-théorique de l'assurée de 100 % dans une activité adaptée dès le 5 juin 2012.

L'assurée ayant contesté cette capacité de travail, l'OAI a mis en œuvre une expertise de médecine interne et confié le mandat au Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale. Selon son rapport

d'expertise du 29 décembre 2012, les diagnostics incapacitants étaient un carcinome canalaire invasif du sein droit cT3, cN1, M0 (C50) diagnostiqué en octobre 2010, un status après chimiothérapie néo-adjuvante du 22.11.2010 au 28.03.2011, un status après mastectomie droite et curage axillaire le 29.03.2011, un status après radiothérapie terminée fin juin 2011, une hormonothérapie de Tamoxifene en cours et un lymphœdème persistant du membre supérieur droit. L'assurée présentait également des troubles anxieux réactionnels, une vraisemblable neuropathie ulnaire gauche et une probable gonarthrose droite, sans répercussion néanmoins sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges limitées à deux ou trois kilos de manière uniquement occasionnelle, les mouvements soutenus et répétés du membre supérieur droit, les travaux impliquant des efforts au-dessus de l'horizontal des épaules et la pince entre le bras droit et le thorax. En raison de l'affection du genou, il y avait également lieu d'éviter les travaux nécessitant l'accroupissement ou le travail à genoux. Par conséquent, l'activité de vendeuse avec port de charges n'était plus exigible. Le Dr K. _____ a ajouté les éléments suivants :

« En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail est complète dès juin 2012. Il pourrait s'agir par exemple d'activités de vendeuse en pâtisserie respectant le port de charges, c'est-à-dire sans service comme dans un tea-room, activité qu'elle a pratiquée pendant de longues années. Il peut également s'agir d'activités de type administratif telles qu'elle les pratique actuellement. Dans une telle activité, il n'y a pas de perte de rendement pour autant que l'examen neuropsychologique en cours d'organisation ne permette pas d'identifier d'autres limitations. »

Dans un rapport du 22 janvier 2013 (produit le 28 mai 2015 par l'assurée), la Dresse N. _____ a notamment expliqué ce qui suit :

« [...] Mme D. _____ a été mise en arrêt de travail jusqu'au mois de juin 2012, avec une nouvelle réévaluation au mois de juin 2012, pour laquelle nous avons souligné la stabilité de la situation médicale avec toutefois la persistance du point de vue clinique d'une asthénie non améliorée avec des troubles de la mémoire et de la concentration. Elle est supposée travailler dans un endroit clos, sans aération nécessitant bien entendu une limitation du port de charges à 2 kg, suite à son intervention chirurgicale au niveau ganglionnaire. Mme D. _____ nous a mentionné à ce moment-là, sa difficulté à trouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles actuelles. A cela s'ajoute un état dépressif, toutefois Mme D. _____

a bien souligné son désir de reprendre une activité partielle adaptée dès le mois de septembre 2012, raison pour laquelle et au vu de la clinique et du psychique, nous avons prolongé l'arrêt de travail de la patiente pendant les mois de juillet, août et septembre 2012 avec une nouvelle réévaluation. »

A la teneur d'un rapport du 20 mars 2013 de la Professeure G. _____ du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier S. _____, l'examen neuropsychologique du 4 mars 2013 mettait en évidence de légers troubles phasiques (manque du mot), un déficit de mémoire épisodique antérograde verbale et un fléchisseur exécutif et attentionnel. Selon la Professeure G. _____, ces résultats étaient en lien en grande partie avec la problématique émotionnelle traversée par la patiente en raison de sa situation financière précaire. Pour cette raison, la poursuite du suivi psychiatrique apparaissait importante. La Professeure G. _____ ne prévoyait pas de revoir la patiente, mais restait à disposition.

Il ressort du rapport établi le 6 octobre 2013 par la Dresse R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, que l'assurée présentait un épisode dépressif en voie de rémission, sans effet toutefois sur la capacité de travail. La thérapeute avait traité l'assurée depuis le 18 février 2013 et le dernier rendez-vous avait eu lieu le 9 septembre 2013. La Dresse R. _____ a indiqué avoir vu la patiente peu de fois et qu'il lui était par conséquent difficile de poser un pronostic pour l'avenir. La remise au travail semblait compliquée et il était possible qu'une aide de l'AI, pour une remise en route progressive, soit bénéfique pour l'assurée. Le suivi avait été suspendu et il n'y avait aucun traitement médicamenteux, mais un soutien psychothérapeutique. A titre de limitations fonctionnelles, la Dresse R. _____ a retenu une capacité d'adaptation limitée et, selon l'assurée, une résistance limitée. Pour le surplus, la praticienne a renvoyé aux autres médecins.

Afin de déterminer précisément la capacité de travail de l'assurée, un examen clinique psychiatrique du SMR a été réalisé le 29 août 2013. Selon le rapport établi le 31 octobre 2013 par la Dresse M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'en

psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, l'examen ne mettait en évidence aucun trouble incapacitant, mais uniquement un trouble de l'adaptation, avec prédominance de la perturbation d'autres émotions, sans répercussion sur la capacité de travail. D'un point de vue psychiatrique, tant l'activité habituelle qu'une activité adaptée étaient exigibles à 100 % et il n'y avait pas de limitations fonctionnelles.

L'assurée a ensuite été mise au bénéfice de plusieurs mesures d'ordre professionnel, qui n'ont finalement pas abouti.

Selon les conclusions du rapport du 4 septembre 2014 de la Professeure G._____, comparativement au bilan de mars 2013, le nouvel examen neuropsychologique réalisé le 2 septembre 2014 montrait une légère amélioration des performances cognitives de l'assurée avec toutefois encore la persistance d'un déficit modéré à sévère de la mémoire épisodique verbale associé à un fléchissement attentionnel.

Un deuxième document de la même date de la Professeure G._____ relevait que les troubles de l'assurée étaient de nature à diminuer partiellement le rendement au travail et qu'il était probable que le taux d'activité exigible devait être ajusté par rapport à la fatigabilité accrue que présentait la patiente.

Par avis médical du SMR du 7 octobre 2014, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que la fatigabilité alléguée par l'assurée ainsi que les discrets troubles neuropsychologiques attestés par la Professeure G._____ n'étaient pas de nature à diminuer significativement le rendement dans une activité adaptée. Une baisse de rendement de 10 à 20 % pouvait tout au plus être admise médicalement. Selon le Dr X._____, l'assurée ayant clairement déclaré, et démontré par son comportement durant les mesures, qu'elle ne voulait pas de réinsertion professionnelle mais des prestations financières, il convenait de clore le dossier avec une approche théorique.

Par projet de décision du 24 février 2015, l'OAI a informé l'assurée, désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, qu'il envisageait de lui octroyer une rente d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} octobre 2011 au 30 septembre 2012, considérant qu'à partir du 1^{er} octobre 2012, l'assurée présentait une capacité de travail de 100 %, avec une baisse de rendement de 15 %, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit par exemple en tant qu'employée de bureau ou au contrôle de qualité, dans le télémarketing ou comme réceptionniste-téléphoniste. La comparaison entre le revenu qu'elle aurait pu obtenir sans invalidité (49'764 fr.) et celui qu'elle pouvait réaliser avec l'invalidité (45'738 fr. 80) aboutissait à une perte de gain de 4'025 fr. 20, correspondant à un degré d'invalidité de 8 %.

Le 27 mars 2015, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté ce projet de décision, en faisant notamment valoir qu'une activité à plein temps depuis le 5 juin 2012 n'était pas exigible vu l'absence d'évolution de ses troubles depuis l'année 2011. Elle a soutenu qu'il y avait également lieu de tenir compte d'un abattement de 25 % vu son profil et la constellation de troubles qu'elle présentait.

Par courrier du 28 mai 2015, l'assurée a complété son opposition, en réitérant que son incapacité de travail avait perduré au-delà du 5 juin 2012 et que seule une activité à temps partiel pouvait être retenue. Elle a produit un rapport de la Dresse N. _____ du 19 mai 2015, mentionnant notamment ce qui suit :

« Madame D. _____ est suivie régulièrement à notre consultation avec des contrôles semestriels. Elle se plaint de troubles de mémoire et de concentration qui affectent sa capacité intellectuelle, avec également une asthénie de grade II, majorée par un épisode de bronchite chronique persistante depuis décembre 2014. Elle présente cliniquement un lymphœdème du membre supérieur droit de grade II, persistant lié au curage ganglionnaire axillaire et au traitement adjuvant de radiothérapie locorégionale.

Madame D. _____ a été évaluée le 03.09.2014 [recte : 02.09.2014] en consultation de neuropsychologie où un déficit modéré à sévère de la mémoire épisodique a été mis en évidence, justifiant suffisamment hautement un arrêt du travail.

La patiente étant actuellement en arrêt de travail, une reprise d'une activité professionnelle pourrait être envisageable, mais à temps partiel au vu des raisons précitées. »

Le dossier a été soumis au Dr H. _____ du SMR, qui, dans son avis médical du 15 juin 2015, a relevé les éléments suivants concernant les rapports de la Dresse N. _____ des 22 janvier 2013 et 19 mai 2015 :

« Ce médecin atteste d'une IT [incapacité de travail] totale depuis juin 2012, sans que ses courriers ne mentionnent d'éléments médicaux inconnus au dossier jusqu'à présent qui pourraient justifier l'IT. Nous sommes d'autant plus surpris par ces attestations qu'elles sont en opposition avec l'appréciation que nous avait communiquée la Dresse N. _____ en juin 2012. Elle avait en effet confirmé la rémission totale du cancer et la pleine CT [capacité de travail] de l'assurée dans une activité adaptée dès le 5 juin 2012, à plusieurs reprises et notamment dans son entretien téléphonique avec Madame [...] le 5 juin 2012 (cf note de suivi Réa du 5 [recte : 7] juin 2012) et avec le Dr Q. _____ le 15 août 2012 (avis SMR du 15.08.2012). La CT dans une activité adaptée avait donc été retenue à l'époque en pleine concordance avec l'oncologue responsable. Aucun élément médical objectif et nouveau n'accompagnant les attestations de la Dresse N. _____, nous ne voyons pas de raison objective pour nous écarter de nos premières conclusions. De la même manière une nouvelle investigation médicale ne nous paraît pas justifiée à ce stade. On pourrait le cas échéant demander à la Dresse N. _____ de motiver avec un status médical précis de l'assurée pourquoi elle a modifié son appréciation initiale de juin 2012, formulée à plusieurs occasions. »

Sur demande de l'OAI, la Dresse N. _____ a répondu à différentes questions dans un rapport du 23 février 2016 et indiqué que les limitations fonctionnelles demeuraient identiques. On extrait encore ce qui suit de ce rapport :

« [...] suite à votre correspondance en date de juin et août 2012 et au vu de l'évolution initialement favorable sous traitement adjuvant, à presque une année de la fin du traitement oncologique, Mme D. _____ présentait un état général conservé, sans argument en faveur d'une récurrence de sa maladie oncologique raison pour laquelle nous avons envisagé la possibilité d'une reprise de son activité professionnelle à temps partiel. Madame D. _____ a donc repris une activité partielle à 50% à domicile dans un travail de commission jusqu'à avril 2013. Par la suite, la patiente a été congédiée sans rémunération de salaire pour toute la durée précitée, ce qui était à l'origine d'un état dépressif majeur aggravé par une majoration de son asthénie et des troubles de la concentration, et de la mémoire.

Une tentative de reprise à 40%, en août 2015, comme employée administrative, a malheureusement échoué. L'employeur a dû mettre fin à son engagement après 3 semaines d'activité.

Nous avons revu la patiente en consultation en 2015, un nouveau rapport médical a établi l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle, en raison de l'altération de l'état général de la patiente mais également de l'apparition de troubles mnésiques importants ayant motivés une évaluation auprès de nos collègues du service neuro-psychologique qui ont confirmé une péjoration des performances cognitives avec un déficit modéré à sévère de mémoire épisodique verbal associé à un fléchissement attentionnel.

J'ai revu la patiente en consultation ce jour, et elle m'informe qu'elle a pu obtenir un poste de travail dans un call-center avec une activité professionnelle étendue jusqu'à 30%.

[...]

Suite à l'évaluation actuelle de l'état médical de la patiente ainsi que suite au dernier bilan radiologique confirmant l'absence de récurrence locale ou régionale de son carcinome mammaire, je confirme la possibilité d'une reprise d'activité à temps partiel soit à 30% au maximum, en raison des limitations fonctionnelles précédemment décrites. »

Au vu des éléments au dossier, l'OAI a demandé une nouvelle expertise de médecine interne au Dr K._____. Dans son rapport du 16 juillet 2016, ce dernier pose les mêmes diagnostics incapacitants qu'en décembre 2012. Pour ce qui est des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le médecin a listé une neuropathie ulnaire gauche stable, une gonarthrose droite débutante, des lombalgies intermittentes et un déficit modéré de la mémoire épisodique. A l'appui de son appréciation du cas et du pronostic, il a notamment retenu ce qui suit :

« Contrairement à ce qu'écrit la Dresse N._____ dans son courrier du 23.02.2016, l'examen neuropsychologique de 2014 n'a pas confirmé une péjoration des performances cognitives. Au contraire, on a enregistré une amélioration rassurante. Il est ainsi possible de considérer qu'un déficit modéré permet la réalisation d'activité professionnelle simple avec des consignes claires, sans perte de rendement. L'assurée ne mentionne pas devoir procéder à une prise de note et autres rappels dans sa vie professionnelle ou dans ses activités de la vie quotidienne.

[...]

Les plaintes annoncées actuellement sont superposables à celles de décembre 2012. Mme D._____ va bien. Elle est en surcharge pondérale et a encore pris deux kilos ces dernières années. L'examen clinique est par ailleurs superposable avec peut-être une

légère aggravation de l'arthrose du genou droit. Lors de l'examen, il n'est pas mis en évidence de syndrome lombo-vertébral ou de syndrome radiculaire déficitaire. La mobilité des épaules est complète comme en 2012. Le lymphoedème du membre supérieur droit est stable voire même amélioré. Enfin, l'examen sénologique est rassurant.

Dès lors, il n'y a pas de nouvelles limitations fonctionnelles à définir. Comme en 2012, l'asthénie ne reçoit pas d'explication claire. Mme D._____ restitue une histoire précise et l'on ne perçoit pas de déficit identifiable de mémoire épisodique verbale.

[...]

Les limitations fonctionnelles concrètes sont les suivantes :

- Port de charges limité à 5 kg, de manière uniquement occasionnelle.
- Pas de mouvement soutenu ou répété du membre supérieur droit.
- Pas de travaux impliquant les efforts au-dessus de l'horizontale des épaules.
- Pas de travaux impliquant la pince entre le bras droit et le thorax.
- Pas de travaux nécessitant l'accroupissement ou le travail à genoux.

[...]

Une activité était possible comme suit :

- 30% dès le 20.01.2012
- 50% dès le 07.03.2012
- 100% dès le 05.06.2012 jusqu'à actuellement.

Dans une activité adaptée, il est possible de reconnaître une éventuelle perte de rendement de quelques % (inférieur à 10%) en raison d'une asthénie, d'origine peu claire, éventuellement résiduelle après la maladie oncologique et les troubles de la mémoire épisodiques. »

Par décision du 9 mars 2017, l'OAI a confirmé son projet du 24 février 2015. Dans une lettre du même jour, il a expliqué que la contestation de l'assurée n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position.

B. Par acte du 24 avril 2017, D._____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision rendue le 9 mars 2017 par l'OAI devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} octobre 2011 ; subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle

instruction « et/ou » nouvelle décision. Dans sa motivation, la recourante a fait valoir des troubles d'ordre plurifactoriel incapacitants, non pris en compte par l'intimé, en particulier une aggravation des troubles mnésiques importants qui avaient entraîné une péjoration sensible des performances cognitives. Les limitations fonctionnelles qu'elle mentionnait étaient une asthénie persistante, des troubles mnésiques et des troubles de la concentration, autorisant une capacité de travail très restreinte, non supérieure à 30 % au maximum. La recourante a également rappelé une tentative de reprise de travail à 40 % au mois d'août 2015 en tant qu'employée administrative, qui avait échoué. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire en médecine interne, psychiatrie et neuropsychologie notamment.

Interpelé par courrier du 27 avril 2017 de la juge instructrice sur la problématique de la recevabilité du recours en l'absence d'information précise quant à la date de notification de la décision litigieuse, l'OAI a répondu dans un envoi du 16 mai 2017 qu'au vu des fêtes judiciaires, le recours devait être déclaré recevable.

Dans sa réponse du 19 juin 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours et s'est principalement référé au rapport d'expertise médicale du 16 juillet 2016 du Dr K._____ pour confirmer une capacité de travail de la recourante à 100 % avec une éventuelle perte de rendement de quelques pourcents, ainsi qu'au rapport d'examen neuropsychologique du 4 septembre 2014 de la Professeure G._____, mettant en évidence une légère amélioration des performances cognitives de la recourante. L'OAI a considéré que le dossier de la recourante était complet sur le plan médical et qu'une nouvelle évaluation neuropsychologique ne se justifiait pas.

Répliquant le 16 août 2017, la recourante a confirmé ses conclusions et exposé que le rapport d'expertise du Dr K._____ n'était pas probant dès lors que ce médecin n'était pas oncologue, ce qui l'empêchait d'émettre une appréciation éclairée sur la capacité de travail exigible. La recourante a produit en annexe à sa réplique un rapport du 2 mai 2017 de la Dresse N._____, mentionnant plusieurs effets

secondaires des traitements de l'assurée, à savoir une fragilisation de la maille dentaire, à l'origine de plusieurs complications dentaires et de la sphère ORL. Dans le second document produit, soit un rapport du 18 juillet 2017 du Service d'oncologie médicale du Centre hospitalier S._____, il est notamment indiqué ce qui suit :

« Suite à son traitement oncologique, la patiente présente et signale toujours des effets secondaires notables en lien avec ses antécédents oncologiques, marqués notamment sur le plan fonctionnel par une limitation de ses activités en lien avec des troubles de concentration et de mémoire qui ont été évalués l'année passée en consultation de neuropsychologie, avec une péjoration des performances cognitives et un déficit modéré à sévère de mémoire épisodique verbale, associé à un fléchissement attentionnel.

Suite à son intervention chirurgicale et son traitement de radiothérapie au niveau mammaire droit, la patiente présente actuellement des douleurs persistantes au niveau de son membre supérieur droit, ainsi qu'au niveau de la paroi thoracique droite, avec des œdèmes du membre supérieur et de la paroi de grade I à II, pour lesquels elle bénéficie de séances de physiothérapie.

[...]

A la consultation du jour, la patiente signale également des troubles visuels avec une diminution de l'acuité visuelle progressive depuis la fin de son traitement de chimiothérapie.

Concernant son activité professionnelle, la patiente a repris une activité professionnelle de l'ordre de 30 %. Elle travaille à la demande dans un call-center. Une tentative d'augmentation d'activité professionnelle a malheureusement échoué.

Suite à l'évaluation actuelle, nous confirmons la possibilité d'une reprise d'activité à temps partiel, soit à 30 % maximum, en raison des limitations fonctionnelles précédemment décrites. »

Par réplique du 6 septembre 2017, l'OAI a réitéré ses précédentes conclusions et transmis un avis médical du SMR du 5 septembre 2017. En substance, le Dr Q._____ a expliqué que l'expertise du Dr K._____ était probante dans la mesure où l'oncologie était une sous spécialité de la médecine interne. Le Dr Q._____ a ajouté que le cancer de l'assurée était guéri vu les cinq ans écoulés après la rémission. S'agissant des problèmes dentaires, en l'absence de rapport médical spécialisé de l'odontologie, aucune atteinte incapacitante ne pouvait être admise. Enfin, pour ce qui est de l'atteinte cognitive, le médecin a relevé

que les rapports médicaux au dossier ne retenaient pas de lésions marquantes, mais seulement une atteinte légère et qu'aucun rapport ultérieur à 2014 n'avait été produit.

La recourante a déposé des déterminations complémentaires le 6 octobre 2017 et allégué que les troubles dont elle souffrait sur le plan neuropsychologique étaient selon toute probabilité incapacitants, l'expertise du Dr K. _____ étant incomplète sur ce point, ce qui justifiait sa requête de mise en œuvre d'une expertise neuropsychologique. La recourante a rappelé que le Dr K. _____ n'étant pas oncologue, son rapport ne pouvait l'emporter sur l'analyse des spécialistes. Elle a ajouté que le Dr K. _____ avait ignoré à tort les effets secondaires des traitements qui avaient une répercussion sur la capacité de travail, respectivement sur le rendement.

Par courrier du 31 octobre 2017, l'intimé a une nouvelle fois confirmé ses conclusions et remis un avis médical du SMR du 24 octobre 2017 réitérant les éléments déjà évoqués précédemment.

Dans son écriture du 29 novembre 2017, la recourante a contesté la valeur probante des avis du SMR vu leur contenu partial et peu scientifique selon elle et a évoqué une consultation de neuropsychologique qui aurait eu lieu en 2016.

L'intimé a confirmé ses précédentes écritures par ultime détermination du 4 janvier 2018.

Sur interpellation de la juge instructrice du 17 janvier 2018, la recourante a indiqué dans un courrier du 12 février 2018 qu'il n'y avait eu aucun examen neuropsychologique en 2016 et que les seuls rapports du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier S. _____ étaient ceux des 20 mars 2013 et 4 septembre 2014, qui figuraient au dossier de l'OAI.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si elle présente une invalidité de 40 % au moins ouvrant droit à une telle rente.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). 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).

b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et les références citées).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

d) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des

règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. En l'espèce, se fondant sur les rapports d'examen clinique des 29 décembre 2012 et 16 juillet 2016 du Dr K._____ et du 31 octobre 2013 de la Dresse M._____, l'OAI a retenu que la recourante présentait à partir du 1^{er} octobre 2012 une capacité totale de travail, avec une baisse de rendement de 15 %, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce que l'intéressée conteste, considérant que sa capacité de travail est de 30 %. Elle revendique par conséquent une rente entière.

a) En premier lieu, il est précisé que l'absence de spécialisation en oncologie du Dr K._____ est sans incidence dans le cas particulier. Le litige ne porte en effet pas sur l'appréciation de la capacité de travail de la recourante pendant la phase active du cancer et la radiothérapie (jusqu'en juillet 2011), auquel cas il aurait été effectivement adéquat d'obtenir l'avis d'un oncologue, mais sur la période qui a suivi. Par ailleurs, l'évolution de l'atteinte est favorable de l'avis des médecins traitants, avec une rémission complète mentionnée dès juillet 2011 (rapports des 1^{er} juillet, 21 octobre et 22 novembre 2011, 20 janvier 2012 de la Dresse Z._____ ; rapport du 7 mars 2012 du Dr J._____ ;

déclarations de la Dresse N._____ à l'OAI du 5 juin 2012 et au Dr Q._____ du 15 août 2012) et le cancer est sous contrôle, avec pour seuls traitements une hormonothérapie et une physiothérapie, dont la prescription n'est pas litigieuse. Les divergences médicales ne portant pas sur la maladie elle-même, ni son traitement, mais exclusivement sur ses effets secondaires, l'avis d'un oncologue ne se justifiait pas.

b) S'agissant des différentes atteintes à la santé physique présentées par la recourante, le Dr K._____ les a constatées dans ses deux expertises des 29 décembre 2012 et 16 juillet 2016, en particulier un lymphœdème discret, et retenu des limitations fonctionnelles, que la recourante ne critique pas. Le Dr K._____ a aussi relevé l'asthénie et conclu à une éventuelle diminution de rendement de quelques pourcents pour ce motif, ce qui implique que la recourante n'est pas empêchée de travailler de ce fait. Au vu de ces éléments, le Dr K._____ a constaté que les atteintes et les limitations fonctionnelles de la recourante étaient incompatibles avec le maintien de son ancienne activité de vendeuse avec port de charges. Ces atteintes permettaient toutefois l'exercice à 100 % d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité évitant le port de charge de plus de cinq kilos, les mouvements soutenus et répétés du membre supérieur droit, les travaux impliquant de efforts au-dessus de l'horizontal des épaules et la pince entre le bras droit et le thorax, le travail nécessitant l'accroupissement ou le travail à genoux. Les expertises ont été établies en pleine connaissance de l'anamnèse et tiennent notamment compte de l'appréciation clinique des Dresses Z._____, N._____, R._____ et de la Professeure G._____. De plus, les plaintes de la recourante ont été relevées. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, et les conclusions bien motivées. Ces expertises remplissent donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

c) Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions desdites expertises. En particulier, contrairement à ce que soutient la recourante, les rapports des 18 juillet 2012, 22 janvier 2013, 19 mai 2015, 23 février 2016 et 2 mai

2017 de la Dresse N._____ sont en contradiction avec les déclarations qu'elle a faites à l'OAI le 5 juin 2012 et au Dr Q._____ du SMR le 15 août 2012. Notamment, le dernier rapport du 2 mai 2017 n'indique pas d'incapacité de travail et les effets secondaires (dentaires et ORL) cités entraînent surtout pour conséquence des soins fréquents et coûteux, sans qu'il soit fait mention de limitations fonctionnelles en lien avec ces effets secondaires. Le Dr K._____ a en outre tenu compte dans ses expertises des éléments relevés par la Dresse N._____. Concernant les autres points invoqués par la médecin pour justifier une capacité de travail restreinte, soit en particulier le déficit de mémoire épisodique et un état dépressif (rapports des 22 janvier 2013, 19 mai 2015 et 23 février 2016), il s'agit d'atteintes qui relèvent de la sphère neuropsychologique et non oncologique. Il convient donc de se référer aux rapports des spécialistes et non à ceux de la Dresse N._____. Il ne ressort à cet égard d'aucun document du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier S._____ que ces atteintes justifieraient une capacité de travail de 30 %. Le rapport dudit Service du 4 septembre 2014 mentionne une diminution partielle de rendement et un taux d'activité à ajuster par rapport à la fatigabilité, mais il n'est aucunement question d'une capacité de travail de 30 %. Pour ce qui est de l'état dépressif, la Dresse R._____ ne mentionne pas dans son rapport du 6 octobre 2013 de diminution de la capacité de travail.

S'agissant du rapport du 18 juillet 2017 du Service d'oncologie médicale du Centre hospitalier S._____, mettant en avant l'échec de la reprise d'un travail à un taux supérieur à 30 %, il ne repose pas sur des investigations récentes et fait référence à un examen neuropsychologique de « l'année passée » alors qu'il n'y en a pas eu après 2014 (contrairement à ce qu'affirme également la Dresse N._____ dans son rapport du 23 février 2016 en parlant d'une péjoration des performances cognitives). Pour l'essentiel, ce rapport du 18 juillet 2017 relaie les propos de la recourante et n'objective pas la diminution de la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles relevées dans ce rapport ont en outre été prises en compte par le Dr K._____.

d) Sur le plan neuropsychologique, l'examen recommandé par le Dr K. _____ dans son expertise du 29 décembre 2012 a été pratiqué à deux reprises, soit en 2013 et 2014. Le premier examen du 4 mars 2013 met en évidence de légers troubles phasiques, un déficit de mémoire épisodique antérograde verbale, ainsi qu'un fléchissement exécutif et attentionnel. La Professeure G. _____ estime dans son rapport du 20 mars 2013 que ces résultats sont à mettre en lien en grande partie avec la problématique émotionnelle traversée par la recourante en raison de sa situation financière précaire et considère en conséquence importante la poursuite du suivi psychiatrique. Elle demeure à disposition pour un bilan d'évolution après amélioration de la thymie. On constate à cet égard que la recourante a effectivement consulté la Dresse R. _____ et le traitement a pris fin en septembre 2013. La psychiatre a diagnostiqué un épisode dépressif en voie de rémission et n'a pas prescrit d'antidépresseurs. Le second examen neuropsychologique réalisé le 2 septembre 2014 montre une légère amélioration des performances cognitives avec toutefois encore la persistance d'un déficit modéré à sévère de la mémoire épisodique verbale associé à un fléchissement attentionnel. La Professeure G. _____ n'émet aucune recommandation particulière. Dans son deuxième rapport daté du 4 septembre 2014, elle fait mention d'une diminution partielle du rendement du travail. Selon la thérapeute, le taux d'activité exigible devrait être probablement ajusté par rapport à la fatigabilité accrue de sa patiente. Toutefois, aucun suivi, ni traitement médical n'a été instauré sur la plan neuropsychologique.

La Dresse R. _____ a quant à elle considéré que la capacité de concentration et de compréhension n'étaient pas limitées, mais qu'il existait en revanche des limitations en termes de capacité d'adaptation et de résistance.

Dans son expertise du 16 juillet 2016, le Dr K. _____ a retenu le diagnostic de déficit modéré de la mémoire épisodique. Il a considéré que ce déficit permettait la réalisation d'activités professionnelles simples avec des consignes claires, sans perte de rendement, d'autant que la recourante n'indiquait pas devoir procéder à des prises de notes et autres

rappels dans sa vie professionnelle, ni dans ses activités de la vie quotidienne. Dans ses conclusions, il retient une éventuelle perte de rendement de quelques pourcents, afin de tenir compte de l'asthénie, ce qui n'entre néanmoins pas en contradiction avec l'absence de perte de rendement susmentionnée, dès lors que l'expert ne fait qu'émettre une réserve (choix des termes « possible » et « éventuelle »), ce qui parle en faveur de l'exhaustivité et de l'objectivité de son rapport. Partant, il y a lieu de suivre les conclusions de la Dresse R. _____ et de la Professeure G. _____, confirmées par le Dr K. _____ dans son expertise du 16 juillet 2016 et qui vont également dans le sens de l'examen clinique du 31 octobre 2013 de la Dresse M. _____, non critiquée par la recourante.

e) Du point de vue ophtalmologique, le dossier ne comporte aucun document qui permettrait de retenir une atteinte incapacitante. En particulier, le rapport du 5 juin 2012 Dr V. _____ confirme l'absence de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail.

f) Au vu de ce qui précède, la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle indique ne pouvoir travailler qu'à un taux de 30 % et l'appréciation de l'intimé sur le plan médical doit être confirmée.

5. a) Dès lors que la recourante ne remet pas en cause le fait qu'il existe sur le marché du travail des activités exigibles telles que décrites par l'intimé, soit par exemple des postes en tant qu'employée de bureau ou au contrôle de qualité, dans le télémarketing ou comme réceptionniste-téléphoniste, il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision entreprise, qui n'est au demeurant pas critiquable sur ce point.

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché

équilibré du travail (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa et 28a LAI).

Procédant au contrôle d'office des éléments économiques retenus dans la décision entreprise, au demeurant non-contestés par la recourante, la Cour de céans constate que les calculs de l'invalidité de l'intimé reposent sur des données inexactes, sans toutefois influencer le droit à la rente. Il ressort en effet du rapport du 10 mai 2012 de l'employeur (magasin F. _____) que le salaire horaire de la recourante aurait atteint 20 fr. 50 en 2012, indemnité de vacances par 10,63 % et indemnité de jours fériés par 3,91 % en sus. Compte tenu en conséquence d'un salaire horaire brut de 23 fr. 48, d'un horaire hebdomadaire de 44 heures, d'une moyenne de 3,92 semaines de travail par mois (47/12) et du 13^{ème} salaire, le revenu annuel brut sans invalidité affère à 52'647.80 (23,48 x 44 x 3,92 x 13). Au vu du revenu avec invalidité, non critiquable, de 45'738 fr. 81, la perte de gain s'élève à 6'908 fr. 99 et le degré d'invalidité à 13,12 %. En présence d'un préjudice très largement inférieur à 40 % (8 % selon l'intimé, 13% selon la Cour de céans), le droit à la rente n'est pas ouvert.

6. Vu l'issue de la procédure, la mise en œuvre de l'expertise requise par la recourante n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

7. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 9 mars 2017 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGa, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être

fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 9 mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de D._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour D._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :