

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 juin 2020

---

Composition : Mme PASCHE, présidente

Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard, juges

Greffière : Mme Monod

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Joël Crettaz, avocat, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 16 LPGA ; art. 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1982, est [...] de profession. Il a été engagé en cette qualité à plein temps par C. \_\_\_\_\_ Sàrl dès mars 2008.

Vu les absences répétées de l'assuré, atteint de longue date de migraines ophtalmiques, l'employeur précité a annoncé son cas par formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 12 janvier 2015. L'assuré a été invité à déposer une demande formelle de prestations de l'assurance-invalidité, laquelle est parvenue à l'OAI le 9 mars 2015.

Le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 11 avril 2015, retenant le diagnostic incapacitant de contusion du tronc cérébral sur chute à trottinette survenue le 3 janvier 2015. Depuis lors, l'assuré présentait des vertiges et des difficultés à stabiliser le regard, ainsi qu'une maladresse et un nystagmus. Une incapacité totale de travail avait été prononcée dès le 12 février 2015, tandis que le pronostic demeurait incertain. Des migraines avec aura et un status post luxation antérieure de l'épaule, récidivante à droite, n'avaient en revanche pas de répercussions sur la capacité de travail. Un rapport du 19 février 2015 de la Dre G. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, relatait les conséquences de la chute à trottinette, soit des cervicalgies hautes, des troubles visuels et de la concentration, ainsi qu'un besoin accru de sommeil. Était évoquée une chute sur la tête à l'âge de 11 ans, depuis laquelle l'assuré souffrait régulièrement de migraines avec aura. Un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale du 17 février 2015 faisait état d'un examen dans les limites de la norme, sans lésion susceptible d'expliquer la symptomatologie du patient.

Par rapport d'employeur du 13 mai 2015, C. \_\_\_\_\_ Sàrl a indiqué avoir engagé l'assuré à plein temps (40 heures de travail par

semaine) à compter du 15 mars 2008, pour un salaire mensuel de 6'110 fr., soit 73'320 fr. par année (valeur 2014).

L'OAI a pris en charge une mesure d'intervention précoce le 6 juillet 2015, à savoir la remise de lunettes à filtres personnalisés.

Par rapport à l'OAI du 24 août 2015, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic incapacitant de migraines avec aura, présent depuis 1993. Il précisait que l'assuré souffrait d'aura visuelle sensitive et aphasique avec ou sans céphalée survenant tous les deux jours. La capacité de travail était nulle pendant les crises. Le spécialiste estimait que la capacité de travail dans l'activité habituelle de [...] était d'environ 50 %, dépendante de l'évolution de la migraine. La totalité des traitements entrepris avait échoué.

L'OAI a recueilli le dossier constitué par l'assurance-accidents de l'assuré, relatif à des luxations récidivantes de l'épaule droite survenues dans le cadre de la pratique de l'escrime, lesquelles avaient nécessité des soins entre 2009 et 2012.

En date du 12 mai 2016, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI ne plus avoir délivré d'arrêt de travail depuis mars 2015, l'assuré s'étant arrangé pour réduire son temps de travail à environ 80 % et compenser les tâches non accomplies en collaboration avec sa compagne, employée auprès du même employeur. Il souffrait tous les deux ou trois jours de crises de migraine avec importante aura visuelle, paresthésies et troubles de l'élocution. Ce praticien estimait la capacité de travail à 50 % environ, mais un arrêt total de travail était prévu pour un mois dès le 16 mai 2016 pour en mesurer l'incidence sur les symptômes présentés.

La Dre L.\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie au sein de l'Hôpital H.\_\_\_\_\_, a complété un rapport le 17 mai 2016, retenant des migraines avec aura visuelle depuis 1993. Compte tenu d'épisodes handicapants survenant trois à quatre fois par semaine, la capacité de

travail était de 80 %, sans baisse de rendement en dehors des crises. Aucun traitement n'était mis en œuvre sur le plan ophtalmologique.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (SMR) a préconisé la réalisation d'une expertise neurologique le 3 juin 2016, dont le mandat a été confié au Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, par communication de l'OAI du 8 juin 2016.

Ce dernier a procédé à l'examen clinique de l'assuré le 14 juillet 2016 et rédigé son rapport d'expertise le 29 août 2016. Il a retenu les diagnostics de migraine avec aura et d'altérations épisodiques discrètes de l'oculomotricité. Il a mis en évidence les éléments suivants dans son appréciation du cas :

« La description de la symptomatologie épisodique récidivante depuis l'âge de 11 ans de M. B.\_\_\_\_\_ correspond bien à une migraine avec aura. Celle-ci a cependant des particularités qui la rendent singulière : la durée des auras, leur fréquence, la persistance de troubles visuels intercurrents et peut-être une maladresse. Apparemment, M. B.\_\_\_\_\_ a suffisamment d'expérience avec cette maladie et il est assez convaincu de l'inutilité des traitements précédemment utilisés pour ne pas se soumettre à un suivi médical que ce soit chez le Dr D.\_\_\_\_\_ qu'il ne consulte finalement que très rarement, ou chez son médecin le Dr F.\_\_\_\_\_.

Les suites de l'accident de trottinette du 03.01.2015 sont difficiles à expliquer et tout aussi difficiles à apprécier sur la base des données cliniques actuelles et de l'étude du dossier : l'hypothèse d'une contusion du tronc cérébral n'est pas exclue mais reste bien théorique en l'absence d'autres symptômes associés, d'une IRM normale et de la difficulté à interpréter une modification de l'image par une atteinte du tronc. On peut retenir néanmoins le fait que plusieurs médecins observent un nystagmus au regard latéral battant vers le bas avec des oscillopsies, fait que je retrouve lors de mon examen clinique dans le regard latéral à droite. L'interprétation du dossier de l'Hôpital H.\_\_\_\_\_ ne nous aide pas beaucoup, car il n'y a pas de synthèse et il est souvent illisible. De plus, ce trouble de l'oculomotricité n'est pas confirmé par le Dr L.\_\_\_\_\_ lors de son examen en mai 2016 dans cet établissement. Un nouvel examen neuro-ophtalmologique paraîtrait souhaitable dans les mois à venir. Finalement, le suivi médical très épisodique depuis des années, la décompensation possible de la migraine à la suite de l'accident de trottinette ont conduit à une situation intolérable au lieu de travail qui concourt aussi à déstabiliser le sujet : comment envisager une activité harmonieuse avec un employé toujours malade, un patron qui s'inquiète et s'impatiente et un autre employé qui est la compagne du malade et qui est prise vraisemblablement pas une surcharge de travail et des problèmes de loyauté ? Il ne m'est jamais arrivé d'envisager une invalidité dans le cadre d'une migraine et je

pense que l'on pourrait devoir éviter cette hypothèse dans le cas de M. B. \_\_\_\_\_ à condition que le traitement de fond de sa migraine soit repris à zéro, systématiquement, et avec un encadrement médical très régulièrement suivi, seul moyen de se faire une idée pour l'avenir de la sévérité de la migraine, des dispositions psychologiques de l'assuré à vouloir trouver une solution. C'est la raison pour laquelle, d'entente avec M. B. \_\_\_\_\_ et avec le Dr D. \_\_\_\_\_, nous avons envisagé ensemble de mettre en place ce projet.

Le Dr D. \_\_\_\_\_ prendra les dispositions qu'il jugera utile pour documenter les suites de l'accident de trottinette et fixer les arrêts de travail en collaboration avec le Dr F. \_\_\_\_\_ . »

S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, le Dr K. \_\_\_\_\_ a fait part de ses difficultés d'évaluation, notamment en ces termes :

« [...] L'analyse détaillée de l'incapacité de travail dans le domaine professionnel est donc difficile à appréhender. Si les auras visuelles de la migraine interfèrent certainement dans l'activité professionnelle, leur fréquence et leur durée sur un laps de temps étendu doivent encore être définies et appréciées avec des thérapeutiques appropriées. Cette migraine interfère aussi sur le ménage, la prise en charge des enfants et conduit à un déséquilibre du couple. Apparemment, il n'y a pas d'interférence sur les loisirs et les activités sociales.

[...]

1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici.

Il a bien existé une incapacité de travail transitoire ordonnée par le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin traitant, à la suite de l'accident en trottinette. On peut comprendre aussi qu'il y ait une incapacité de travail complète momentanée pour tenter d'assurer un repos à votre assuré et de restabiliser sa migraine et ses troubles visuels. La capacité de travail est fonction essentiellement des auras migraineuses, elles ne sont donc pas prédictibles, régulières dans leur fréquence et leur durée. Si parfois elles se décompensent, ceci n'est pas un fait acquis comme en témoigne la capacité de travail de votre assuré au cours de ces dernières années, période pendant laquelle il souffrait déjà de migraines avec aura.

2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré.

La capacité de travail est identique quelle que soit l'activité prise en compte. A priori, le [métier] de [...] ne doit pas être remis en question. [...] »

La Dre L. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital H. \_\_\_\_\_ a signalé, par rapport du 8 mars 2017, avoir constaté des quadranopsies homonymes inférieures gauche et droite les 6 et 17 février 2017. Elle retenait à nouveau le diagnostic de migraines ophtalmiques avec aura visuelle depuis 1993. Elle n'était pas en mesure de se prononcer sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative en raison du caractère imprévisible des migraines et de leur durée.

Le 22 mars 2017, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient souffrait toujours d'une crise de migraine par jour. La capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était à son avis d'environ 50 % depuis trois ans.

Par rapport du 7 avril 2017, le Dr F.\_\_\_\_\_ a fait part d'une situation stationnaire. L'assuré présentait un handicap important lié à des auras survenant n'importe quand et pouvant durer plusieurs heures. Les céphalées étaient plus occasionnelles, mais les symptômes neurologiques étaient accompagnés de dysarthrie, de troubles de la concentration et d'une grande fatigabilité. L'incapacité de travail était totale depuis le 12 février 2015, son patient devant vivre avec ménagement, sans possibilité d'entrevoir une reprise d'activité. Il préconisait une nouvelle expertise auprès d'un spécialiste des migraines.

Après avoir requis un avis auprès du SMR, l'OAI a diligenté une nouvelle expertise neurologique auprès du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie au sein de la Clinique N.\_\_\_\_\_, selon communication du 29 mai 2017. L'expert désigné a effectué son examen clinique, ainsi qu'un bilan neuropsychologique, le 22 septembre 2017, et établi son rapport le 10 octobre 2017. Il a posé le diagnostic incapacitant de phénomènes fluctuants d'aura visuelle d'allure migraineuse, sans crise céphalalgique actuellement, et sans substrat organique ou séquellaire décelable. Le status neurologique et les conclusions du bilan neuropsychologique étaient relatés comme suit :

« Status neurologique

Celui-ci met en évidence assez clairement un Downbeat nystagmus typique, qui augmente dans le regard latéral, n'obéissant ainsi pas, comme attendu, à la loi d'Alexander. Il n'est d'ailleurs pas mieux visible sous lunettes de Frenzel. Pas d'autre anomalie significative sinon la perturbation de la poursuite par les quelques secousses nystagmiques vers le bas qui restent cependant peu fréquentes et le patient ne décrit d'ailleurs pas d'oscillopsie.

Champ visuel qui paraît complet au doigt, pas d'autre anomalie au niveau visuel. Le reste de l'examen des paires crâniennes ne révèle pas de latéralisation ou d'anomalie sensitivomotrice facio-bucco-lingo-pharyngée, pas de dysarthrie ou de dysphagie.

Aucune anomalie sensitivomotrice ou réflexe aux quatre membres, pas de trouble de la coordination statique ou cinétique.

Tension artérielle à 140/80 mmHg au membre supérieur gauche. Pas d'arythmie ou de souffle carotidien.

### Examen neuropsychologique

[...]

L'examen effectué chez ce patient de 35 ans, met en évidence un défaut d'inhibition, un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information ainsi qu'une légère fragilité en mémoire immédiate et antérograde verbale.

Le reste des fonctions cognitives investiguées (fonctions instrumentales, mémoire immédiate visuo-spatiale, mémoire antérograde visuo-spatiale) est globalement dans la norme. »

L'expert a par ailleurs fait part des remarques suivantes :

« [...] On relèvera surtout que « l'invalidité » rapportée par le patient est purement subjective, en relation avec des troubles visuels, sans trouvaille objective au status neurologique ou à l'IRM que nous avons pu réexaminer avec les neuroradiologues et autres collègues [...]. Cette IRM est parfaitement normale. Par ailleurs, les constatations du champ visuel lors des consultations ophtalmologiques sont l'expression des données rapportées par le patient, et non une mesure objective en elle-même. Dans ce contexte, force est de constater qu'il existe une certaine discordance entre l'importance de la dysfonction visuelle subjective, et l'absence d'anomalie des paramètres objectifs sur le plan neurologique, neuro-ophtalmologique et d'imagerie. Par ailleurs, le patient n'a plus de céphalée, et la symptomatologie rapportée ne correspond qu'à ce qui pourrait être décrit comme « aura visuelle » avec des prolongations tout à fait inhabituelles sans mettre en doute l'anamnèse du patient et la gêne qu'il rapporte, il est néanmoins nécessaire de relever les discordances ci-dessus.

[...]

Comme nous l'avons noté, il n'y a pas d'anomalie objective constatable sur le plan neurologique, neuropsychologique et les altérations fluctuantes du champ visuel « objectivées » par les examens ophtalmologiques sont purement basées sur la réponse du patient durant les tests. Par ailleurs, tous les examens d'imagerie sont toujours restés négatifs. Dans ce contexte, si l'on peut accepter une certaine gêne visuelle, on ne peut parler de déficit neurologique établi ou chronifié, et il n'y a pas d'atteinte cognitive non plus. Dans ce contexte, il semble difficile de ne pas exiger une adaptation du patient pour une activité au moins à mi-temps à l'intérieur de sa spécialisation professionnelle. On peut admettre qu'il n'est probablement pas capable d'effectuer certains travaux extrêmement fins lorsqu'il présente sa gêne visuelle, et d'autres activités dans le domaine de la [...] sont certainement envisageables.

[...]

Il n'est pas sûr que les traitements antimigraineux à base de substance anti-comitiale aient été suivis de façon adéquate. Le patient vient de reprendre le Topiramate, et il est clair que d'autres essais devront être effectués, si l'on considère qu'il s'agit effectivement de phénomènes migraineux cérébraux sans céphalée. Il semblerait peu probable qu'aucun traitement n'amène à une

amélioration, sauf s'il existe une composante extra-neurologique ou psychogène.  
[...]

Nous avons relevé la discordance entre l'importance des troubles subjectifs et l'absence totale d'élément objectivable sur le plan neurologique, neuro-ophtalmologique et de l'imagerie. Cela dit, notre propre examen ne permet pas de mettre en évidence de signe d'exagération de troubles cognitifs, et nous n'avons pas de clair élément fonctionnel au status neurologique de base. [...] »

En dépit des répercussions importantes rapportées par l'assuré sur le plan professionnel et à domicile, le Dr M.\_\_\_\_\_ a conclu à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative et à la reprise d'un suivi spécialisé étroit, avec de « multiples essais thérapeutiques pharmacologiques ». Il s'est prononcé en ces termes sur la capacité de travail :

« 1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici. Actuellement, à 50 % dans une activité de [...], n'exigeant pas nécessairement des travaux visuels fins. Ceci est clairement à réévaluer d'ici 12 à 18 mois dans le contexte de la réponse thérapeutique attendue (voir ci-dessus).

2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré.

Dans une activité simple, (classement, surveillance, sans nécessité de travaux visuels fins), une capacité de travail de 70 % est à considérer actuellement, également améliorable en fonction de la réponse thérapeutique à prévoir. »

Par rapport du 6 novembre 2017, le SMR s'est rallié aux conclusions du Dr M.\_\_\_\_\_. Il a retenu que l'incapacité de travail avait été totale dans l'activité de [...] du 12 février 2015 au 23 août 2015, puis ramenée à 50 %. La capacité de travail dans une activité adaptée, sans travaux visuels fins, sans positions extrêmes des bras ou au-dessus du plan des épaules et sans utilisation de machines dangereuses, était de 70 % depuis le 12 février 2015.

Les médecins traitants de l'assuré se sont exprimés sur le rapport d'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_. Par pli du 12 décembre 2017, le Dr F.\_\_\_\_\_ a fait grief à l'expert d'avoir communiqué un avis empreint de subjectivité.

Le Dr D.\_\_\_\_\_ a de son côté qualifié de « peu réaliste » la capacité de travail retenue dans un courrier du 26 janvier 2018. L'assuré s'est adressé

à l'OAI par complément du 5 février 2018, fournissant une liste de rectifications à opérer à la lecture des rapports d'expertise des Drs K.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_. Il a également joint un tirage de l'intégralité des pièces médicales en sa possession, lesquelles incluait notamment des rapports du Dr D.\_\_\_\_\_, des médecins consultés [...] et de l'Hôpital H.\_\_\_\_\_, ainsi que des copies d'ordonnances. Il a également joint une attestation de son maître d'armes, qui confirmait l'abandon de l'escrime pour raisons de santé, et un article de journal destiné à démontrer sa passion du métier de [...].

Dans un rapport de son service de réadaptation du 25 mai 2018, l'OAI a retenu que le maintien de l'assuré dans son emploi de [...] apparaissait simple et adéquat. Une formation dans un autre métier n'était pas envisagée en raison du risque encouru (absence éventuelle d'activité adaptée). Le degré d'invalidité était donc de 50 % vu l'exigibilité médicale retenue dans l'exercice de l'activité de [...].

Par projet de décision du 8 août 2018, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de lui octroyer une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 % à compter du 1<sup>er</sup> février 2016. Des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables.

Le 4 septembre 2018, le Dr F.\_\_\_\_\_, pour le compte de l'assuré, a manifesté son incompréhension eu égard au projet de décision précité, exposant que l'assuré ne travaillait plus depuis près de deux ans. Il avait d'ailleurs été licencié. La capacité de travail retenue était irréaliste, ce d'autant plus que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré en 2016, celui-ci n'ayant pu travailler à 50 % que pendant trois semaines durant cette année-là. Le médecin produisait une liste des incapacités de travail prononcées en faveur de son patient depuis le 12 février 2015.

Assisté d'un conseil, l'assuré a communiqué ses objections à l'encontre du projet de décision du 8 août 2018 par pli du 19 novembre 2018, et conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Il a contesté essentiellement la valeur probante conférée au rapport

d'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ et l'appréciation de sa capacité de travail. Il a estimé que l'expert avait fait preuve de partialité, sans étayer ses propos par des constats objectifs, notamment eu égard aux discordances relevées et au suivi médicamenteux. Il a relevé qu'il apparaissait impossible de mettre en œuvre une capacité de travail de 50 % dans une activité impliquant des travaux fins et extrêmement qualifiés telle que la [...]. Au demeurant, il n'était plus en emploi, son contrat de travail ayant été résilié en février 2017. Compte tenu du handicap provoqué par ses crises, lesquelles duraient de sept à onze heures par jour, une autre activité professionnelle semblait exclue. Il suggérait un entretien à l'OAI et une visite à son domicile, destinés à cerner sa personnalité, respectivement à mesurer les adaptations requises par son état de santé.

Sur recommandation du 14 février 2019 du service juridique de l'OAI, le service de réadaptation a réexaminé la situation le 18 avril 2019 et persisté à considérer que l'activité habituelle de [...] paraissait l'activité la plus adéquate en l'occurrence. Une autre activité adaptée nécessiterait une formation ou l'adaptation d'un poste de travail. Une mesure d'aide au placement se justifiait toutefois afin de soutenir l'assuré dans la recherche d'un nouvel emploi, laquelle a été octroyée par communication du 13 juin 2019.

Dans l'intervalle, l'assuré a réitéré les mesures d'instruction précédemment proposées, à savoir un entretien et une visite à son domicile. Il a au surplus fait parvenir à l'OAI une attestation du Dr D. \_\_\_\_\_ du 3 juin 2019, lequel faisait état d'un traitement pharmacologique mis en place sur une durée de trois mois et demeuré sans succès sur les migraines.

Par avis du 13 juin 2019, repris dans un courrier du même jour à l'assuré, le service juridique de l'OAI a maintenu l'appréciation médicale et économique de la situation et considéré que les objections présentées ne permettaient pas de modifier son projet de décision du 8 août 2018.

Par décision du 8 juillet 2019, conforme audit projet, l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, à partir du 1<sup>er</sup> février 2016.

La mesure d'aide au placement, mise en œuvre par l'OAI, a été interrompue le 24 juillet 2019, en raison d'une incapacité totale de travail prononcée par le Dr F.\_\_\_\_\_.

**B.** B.\_\_\_\_\_, représenté par Me Joël Crettaz, a déféré la décision d'octroi d'une demi-rente du 8 juillet 2019 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 10 septembre 2019. Il a conclu à son annulation et, principalement, à l'allocation d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2016, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour expertise « en vue de déterminer le degré d'invalidité ». Il s'est prévalu, à l'encontre de l'OAI, d'une constatation incomplète, erronée et arbitraire des faits, dans la mesure où la décision querellée se basait exclusivement sur le rapport d'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_. L'OAI n'avait en plus pas réévalué son état de santé après traitement comme le préconisait pourtant l'expert. Aucune mesure d'instruction sur le plan médical et professionnel n'avait été effectuée. Une violation de son droit d'être entendu devait par ailleurs être constatée, puisque l'OAI n'avait pas exposé les raisons le conduisant à écarter les appréciations des médecins traitants. Compte tenu de la jurisprudence relative à la valeur probante des pièces médicales, il y avait lieu de conclure à une incapacité totale de travail pour toutes activités, ce qui ouvrait le droit à la rente entière d'invalidité revendiquée à titre principal. Était notamment annexée une correspondance du Dr D.\_\_\_\_\_ du 29 août 2019. Ce spécialiste indiquait que son patient, à son avis parfaitement compliant, avait entrepris plusieurs traitements sans succès. Il mettait en doute la capacité de travail retenue par l'OAI.

L'OAI a répondu au recours le 28 octobre 2019 et a proposé son rejet, en se référant aux avis de son service juridique, rédigés les 14 février 2019 et 13 juin 2019.

Par écriture du 19 novembre 2019, le recourant a maintenu ses conclusions et renoncé à se déterminer plus avant.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). 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.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

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

**c)** Le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (art. 38 al. 4, let. b,

LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il satisfait par ailleurs aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Formulant un grief préalable de nature formelle, le recourant reproche à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu, faute de motivation suffisante de la décision incriminée.

**a)** Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chacun le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 139 I 189 consid. 3.2 et références citées).

**b)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2).

**c)** Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées).

**d)** En l'espèce, le recourant estime que la décision du 8 juillet 2019 n'expose pas à satisfaction les raisons qui ont conduit l'intimé à accorder pleine valeur probante à l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ et à écarter les appréciations de ses médecins traitants. On ne saurait toutefois partager ce point de vue. L'intimé a en effet spécifiquement répondu aux objections formulées par le recourant au stade de la procédure d'audition dans un courrier du 13 juin 2019. Il a en particulier rappelé la jurisprudence fédérale applicable pour juger de la qualité des pièces médicales et exposé en quoi, à son avis, le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ satisfaisait à ces exigences. Il a en outre estimé que les rapports des médecins traitants n'apportaient pas d'éléments nouveaux faisant douter des conclusions de l'expert. Ces explications ne sont certes pas reprises in extenso dans la motivation de la décision du 8 juillet 2019. Cela étant, le recourant était parfaitement en mesure de comprendre que la prise de position de l'intimé du 13 juin 2019 faisait suite à ses objections et venait justifier la décision à venir. Au demeurant, il a été en mesure de faire valoir ses arguments auprès de la Cour de céans, tout en répondant aux explications développées par l'intimé dans son courrier du 13 juin 2019. Dès lors, on peut nier que le droit d'être entendu du recourant ait été violé en l'occurrence.

**3.** Sur le fond, le litige a trait en l'espèce au droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité, singulièrement à l'appréciation

de sa capacité résiduelle de travail fondant l'évaluation de son degré d'invalidité.

**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).

**b)** 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).

L'art. 29<sup>ter</sup> RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) précise qu'il y a interruption notable de

l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1, let. b, LAI, lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins.

**c)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

**d)** A teneur de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'incapacité de travail, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un

rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**6. a)** En l'espèce, le recourant a fait l'objet de deux expertises neurologiques destinées à clarifier les diagnostics l'affectant et à en mesurer les répercussions sur la capacité de travail. Contrairement à ce qu'il soutient, on peut d'emblée écarter tout grief de prévention des experts. Tant le Dr K. \_\_\_\_\_ que le Dr M. \_\_\_\_\_ ont exposé - sans jugement de valeur - les constats ressortant de leurs examens cliniques respectifs et leurs doutes relatifs aux mesures thérapeutiques effectivement entreprises. Ces considérations n'apparaissent pas avoir entravé une appréciation objective du cas dans les limites clairement définies d'un mandat d'expertise. Au demeurant, ainsi que l'a relevé l'intimé dans sa correspondance du 13 juin 2019 au recourant, le Dr M. \_\_\_\_\_ a au contraire souligné les qualités personnelles (personnalité adéquate et volontaire) du recourant dans les qualificatifs choisis pour décrire ce dernier (cf. rapport d'expertise du 10 octobre 2017, p. 4).

**b)** S'agissant du contenu du rapport d'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, on peut relever, à l'instar de l'intimé, qu'en dépit des difficultés relatées, l'expert a été en mesure de communiquer des conclusions motivées et exemptes de contradictions. Il s'est par ailleurs prononcé en pleine connaissance de l'ensemble des pièces du dossier et au terme d'un examen minutieux du recourant, accompagné d'une évaluation neuropsychologique. Ce dernier a d'ailleurs eu l'occasion de

faire part de l'intégralité de ses plaintes et d'exposer l'ampleur de son handicap sur les plans personnel et professionnel. On peut donc retenir que le rapport d'expertise du 10 octobre 2017, fondant la décision litigieuse, remplit effectivement les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante.

On observe au demeurant que les conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_ sont en parfaite cohérence avec les appréciations initialement communiquées par les propres médecins du recourant. En effet, les Drs F. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ ont tous deux indiqué en premier lieu que leur patient était doté d'une capacité de travail d'environ 50 % (cf. rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 24 août 2015 et du Dr F. \_\_\_\_\_ du 12 mai 2016). Le Dr F. \_\_\_\_\_ a ultérieurement changé d'avis en communiquant une incapacité de travail totale en dépit d'une situation stationnaire (cf. rapport du 7 avril 2017). Le Dr D. \_\_\_\_\_ a de son côté persisté à évaluer la capacité de travail de son patient à 50 % en date du 22 mars 2017. Ce n'est en définitive que postérieurement à l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ que le Dr D. \_\_\_\_\_ a mis en doute l'exigibilité fixée à 50 % dans l'exercice de l'activité habituelle, sans ne faire pourtant état d'aucun élément médical nouveau et objectif justifiant la modification de son évaluation. Dès lors, à l'instar de l'intimé, on ne peut se fonder sur les appréciations fluctuantes communiquées par les médecins traitants du recourant pour remettre en question les conclusions de l'expert. Par ailleurs, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il estime que l'expert aurait communiqué son appréciation uniquement sous réserve de réévaluation après traitement. S'il a certes mentionné qu'une réévaluation devait avoir lieu dans les 12 à 18 mois, il apparaît qu'il s'agissait à l'évidence de mesurer les effets bénéfiques d'un traitement sur l'augmentation ou le recouvrement de la capacité de travail. Cette déduction s'impose en particulier au vu de l'amélioration expressément envisagée par l'expert en lien avec l'exercice d'une activité adaptée (cf. rapport du 10 octobre 2017, p. 9).

**c)** On ajoutera que le recourant ne produit, auprès de la Cour de céans, aucun document médical de nature à justifier une instruction complémentaire de son cas ou à écarter l'opinion du Dr M. \_\_\_\_\_. En

particulier, la correspondance du Dr D. \_\_\_\_\_ du 29 août 2019, qui ne fait que réitérer ses doutes quant au caractère réaliste de l'exigibilité retenue, est insuffisamment étayée et ne relate pas d'élément inconnu de l'intimé à la date de la décision querellée.

**d)** On observera enfin qu'aucune incapacité de travail n'a été fixée sur le plan ophtalmologique. Après avoir évalué la capacité de travail à 80 %, la Dre L. \_\_\_\_\_ a en effet indiqué ne pas pouvoir se prononcer, tout en précisant que le recourant ne requérait aucun traitement de son point de vue (cf. rapports des 17 mai 2016 et 8 mars 2017).

**e)** On peut donc retenir, avec l'intimé, que le recourant est effectivement doté d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de [...], de 70 % dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles énumérées par le SMR (cf. rapport du 6 novembre 2017) et que dite capacité s'avère susceptible d'amélioration sous traitement ad hoc à court ou moyen terme.

**7.** L'intimé a fixé le début de l'incapacité de travail faisant courir le délai de carence d'un an imposé par l'art. 28 al. 1, let. b, LAI au 12 février 2015. Or, selon le récapitulatif des arrêts de travail communiqué par le Dr F. \_\_\_\_\_ le 4 septembre 2018, il apparaît que le recourant n'a pas connu d'incapacité de travail médicalement attestée entre le 14 février 2015 et le 16 mai 2016 (cf. également rapport de ce médecin du 12 mai 2016). Cet intervalle constitue à l'évidence une interruption notable de l'incapacité de travail au sens entendu par l'art. 29<sup>ter</sup> RAI (cf. consid. 3b supra), de sorte qu'on peut douter que le délai de carence était effectivement échu en février 2016. Cette question n'ayant pas été soulevée par l'intimé, il n'y a pas lieu de l'examiner plus avant. En revanche, il s'agit à ce stade de se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant, compte tenu de la capacité de travail retenue par le Dr M. \_\_\_\_\_.

**8. a)** Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

**b)** Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 134 V 322 consid. 4.1).

**c)** S'agissant du revenu d'invalide, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1)

Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

**9. a)** Dans le cas particulier, le service de réadaptation de l'intimé a considéré que le recourant pouvait mettre à profit une meilleure capacité de gain dans l'exercice de son activité habituelle de [...] à 50 %. Il a dès lors procédé à la détermination du degré d'invalidité en considérant que celui-ci se confondait avec le degré d'incapacité de travail (comparaison en pourcent). L'intimé a ainsi écarté l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative, théoriquement mieux adaptée aux limitations fonctionnelles présentées par le recourant, au taux supérieur de 70 %. Cela étant, une comparaison des revenus conforme à l'art. 16 LPGA aurait pu être opérée sur cette base comme suit.

**b)** Le revenu hypothétique sans invalidité ressort en l'espèce du rapport d'employeur du 13 mai 2015, où la société C.\_\_\_\_\_Sàrl a indiqué que le recourant réalisait un revenu annuel de 73'320 fr. en 2014. Après actualisation à l'année de référence 2016, au moyen de l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; + 0,4 % en 2015 et 0,7 % en 2016 ; Evolution des salaires nominaux 1993 - 2018), le revenu hypothétique sans invalidité déterminant se monterait à 73'948 fr. pour une activité de [...] exercée à plein temps.

**c)** S'agissant du revenu d'invalidé, le salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples, sans qualifications particulières, dans le secteur privé (production et services) était, en 2016, de 5'340 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, tableau TA1\_skill-level, niveau de qualification 1), soit 66'803

fr. par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures (Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1). Etant donné l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à 70 %, le revenu d'invalidé serait de 46'762 fr. par an, déterminant pour la comparaison des revenus.

Un abattement supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifierait pas, puisque la capacité de travail réduite de 30 % tient adéquatement compte des limitations fonctionnelles qui entravent le recourant. On peut observer au surplus que le recourant encore jeune, sans problèmes linguistiques, a fait preuve de bonnes capacités d'adaptation. Il a démontré, par le passé, avoir eu les ressources pour se former, puis s'expatrier et s'intégrer au fonctionnement d'un pays d'accueil.

**d)** En se fondant sur une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, le degré d'invalidité du recourant s'élèverait ainsi à 36,8 % (arrondi à 37 % ;  $[73'948 - 46'762 \times 100] / 73'948$ ). Un tel taux n'ouvrirait pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI), ce qui permet de conclure que la comparaison en pourcent opérée par l'intimé s'avère largement favorable au recourant.

L'intimé ne remettant pas en question l'appréciation de son service de réadaptation, on maintiendra toutefois ici le degré d'invalidité de 50 % retenu dans la décision litigieuse, lequel a motivé l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

**10. a)** En conclusion, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté, et la décision de l'intimé du 8 juillet 2019 confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant qui succombe.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 8 juillet 2019 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 du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Joël Crettaz, à Lausanne (pour B. \_\_\_\_\_),
- 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 :