

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juillet 2021

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral et Mme Berberat, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

B. _____, à S. _____, recourant, représenté par Procap, à Bienne,

et

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

E n f a i t :

A. **a)** B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, travaillait depuis le 20 octobre 1998 en qualité d'aide poseur de sols pour le compte de l'entreprise X. _____.

Souffrant de problèmes dorsaux à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le mois de décembre 2002, il a déposé le 26 septembre 2003 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'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès du Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant (rapport du 13 novembre 2003 auquel ce praticien a joint diverses pièces médicales établies lors de consultations spécialisées). De ceux-ci, il ressortait que l'assuré présentait un status après hémilaminectomie L4-L5 droite et microdiscectomie pour cure de hernie discale à ce niveau le 27 mars 2003, un syndrome lombaire douloureux irritatif dans le territoire L5 et des troubles anxieux sur fond de personnalité labile avec manifestation somatique (angoisses, tachycardie et dyspnée), évoluant depuis au moins trois ans.

Sur la base des renseignements médicaux au dossier, le Dr V. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais qu'elle était entière dans une profession adaptée compatible avec des mesures d'épargne du dos (avis du 22 juillet 2004).

Compte tenu de l'impossibilité de mettre en place un projet professionnel en raison de l'incapacité totale de travail présentée par l'assuré du 25 octobre au 13 novembre 2005, l'office AI a mis un terme à une mesure d'observation professionnelle (stage d'orientation) au 31 octobre 2005 (compte-rendu d'entretien avec l'assuré du 1^{er} novembre

2005) et a procédé à une approche théorique du calcul du préjudice économique (rapport final du 30 novembre 2005).

Par décision du 19 janvier 2006, l'office AI a nié le droit de l'assuré à une rente et à des mesures professionnelles, au motif qu'il présentait un degré d'invalidité de 8 % inférieur au seuil ouvrant droit à ces prestations.

b) Ensuite d'une procédure de détection précoce, B. _____ a déposé, en date du 10 décembre 2013, une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 30 avril 2014 à l'office AI, le Dr R. _____, médecin traitant de l'assuré depuis le 16 octobre 2013, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de gonalgies, de cervico-discarthrose multi-étagée C4 à C7 avec cervicobrachialgies, de lombalgies chroniques avec lombosciatique aiguë, d'état anxiodépressif sévère continu, de reflux gastro-oesophagien, de parésie faciale droite et d'hypertension artérielle. Si la capacité de travail était nulle dans l'activité de poseur de sols, elle pouvait être de 50 % dans une profession adaptée, voire, moyennant une évaluation, supérieure à ce taux dès le 1^{er} mai 2014.

L'office AI a diligenté une expertise de chirurgie orthopédique qu'il a confiée au Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 19 janvier 2015, ce praticien a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de status post cure de hernie discale L4/L5 droite le 27 mars 2003, de status post spondylodèse instrumentée avec PLIF en L4/L5 avec greffe postérolatérale le 22 septembre 2004 et de spondylarthrose cervicale sans pathologie neurologique associée. Ayant relevé que l'assuré avait exercé l'activité de gérant de bar indépendant entre octobre 2012 et mai 2013, l'expert a estimé que cette profession était exigible à temps complet sans diminution de rendement depuis le mois de mai 2013 à condition que les limitations fonctionnelles retenues soient respectées. Il a précisé que la plastie du ligament croisé antérieur du genou gauche

pratiquée au mois d'avril 2013 était sans incidence sur la capacité de travail, les limitations fonctionnelles retenues se rapportant au rachis lombosacré et au rachis cervical.

En l'absence d'éléments médicaux ayant mis en doute l'appréciation du Dr H._____, le Dr T._____, médecin auprès du SMR, a jugé que la capacité de travail était entière sans baisse de rendement dans l'activité habituelle depuis la fin du mois de mai 2013 (avis médical du 12 octobre 2015).

Par décision du 27 novembre 2015, l'office AI a rejeté la demande de prestations, au motif qu'il n'y avait pas d'élément médical objectivant une aggravation du degré d'invalidité de l'assuré pas plus qu'il n'existait une imminence d'invalidité. La situation était donc superposable à celle qui prévalait lors de la précédente instruction, en ce sens qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues demeurait pleinement exigible.

c) Par courrier du 26 juillet 2016 à l'office AI, le Dr R._____ a signalé une aggravation de l'état de son patient qu'il a explicitée dans un certificat médical du 13 septembre 2016. Ces démarches ont conduit au dépôt, en date du 14 octobre 2016, d'une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

A défaut de données médicales ayant rendu plausible une péjoration notable et durable de l'état de santé depuis la décision du 27 novembre 2015, le Dr G._____, médecin auprès du SMR, a retenu que la capacité de travail dans une activité adaptée demeurait inchangée (avis médical du 29 octobre 2017).

Par projet de décision du 3 novembre 2017, l'office AI a signifié à l'assuré qu'il comptait lui refuser le droit à ses prestations (rente d'invalidité et mesure de reclassement), motif pris qu'il n'avait pas rendu plausible une aggravation notable de son état de santé.

L'assuré ayant transmis le projet de décision du 3 novembre 2017 au Dr R._____, celui-ci a écrit à l'office AI le 17 novembre 2017 pour lui faire part de son désaccord avec son appréciation. Après avoir cité diverses pathologies touchant les muscles, le rachis et le genou gauche, le Dr R._____ a posé de nouveaux diagnostics affectant selon lui la capacité de travail : syndrome du tunnel carpien gauche, neuropathie sévère des nerfs cubital et médian gauches et état anxio-dépressif avec épisodes anxieux et crises de panique. Aux fins d'étayer son propos, il a transmis une liasse de documents médicaux parmi lesquels figurait un rapport daté du 8 mars 2016 du Dr Q._____, spécialiste en rhumatologie. Celui-ci y faisait mention de douze diagnostics concernant essentiellement le rachis lombaire et cervical, les membres supérieur et inférieur gauche et droite, auxquels s'ajoutaient une hypertension artérielle traitée, une dysthymie, une allergie à la pénicilline et une intolérance à certains produits alimentaires ainsi qu'un excès pondéral modéré. Même si le pronostic lui paraissait peu favorable sur le plan professionnel en raison d'une incapacité de travail remontant au mois de mars 2014, il a estimé qu'il convenait néanmoins d'envisager des mesures de réintégration afin de permettre à l'assuré de retrouver un travail adapté n'impliquant pas de contrainte rachidienne tant positionnelle que pour les efforts de la nuque et du dos ; les activités manuelles et de préhension étaient également à éviter.

Par décision du 9 janvier 2018, l'office AI a une nouvelle fois nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesure de reclassement), au motif qu'il n'existait aucun élément permettant d'objectiver le fait qu'une activité respectueuse de ses limitations fonctionnelles (épargne du dos) n'était plus pleinement exigible.

Le 7 février 2018, l'assuré a consulté le Prof. Z._____, spécialiste en neurologie, lequel a procédé à un examen neurologique complet. Dans son courrier du 12 février 2018 à l'office AI, il a émis le souhait de pouvoir rediscuter de la situation neurologique, au vu de son caractère persistant et de sa chronification. Même si la reprise d'une

activité professionnelle impliquant le port de charges ou de trop longues stations debout ou assis lui paraissait impensable, il convenait néanmoins d'envisager une reconversion professionnelle.

Par arrêt du 12 mars 2018 (cause AI 36/18 - 71/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a jugé irrecevable faute de satisfaire aux exigences de motivation légales le recours formé par B. _____ contre la décision rendue par l'office AI le 9 janvier 2018.

d) Faisant suite à un courrier du 4 mars 2019 du Dr R. _____ à l'office AI, l'assuré a déposé, en date du 24 mai 2019, une quatrième demande de prestations de l'assurance-invalidité motivée par une péjoration de son état de santé qu'il entendait documenter au moyen de plusieurs pièces médicales remises en annexe.

Sollicitée pour détermination, la Dre L. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du SMR, a estimé que, au vu de la nature des troubles présentés par l'assuré et en l'absence d'un examen médical clinique exhaustif, il convenait de mettre en œuvre une expertise rhumatologique et de médecine interne avant de se prononcer sur l'exigibilité dans une activité adaptée pérenne (avis médical du 11 juin 2019).

Mandaté par l'office AI pour procéder à l'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et de médecine interne) de l'assuré, F. _____ SA a rendu son rapport en date du 12 mars 2020 sous la signature des Drs J. _____, spécialiste en rhumatologie, et P. _____, médecin praticien. Les experts ont retenu les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de status post chirurgie de la colonne lombaire en 2003 et 2004 et de status post syndrome cervical avec spondylarthrose cervicale, tandis qu'ils ont mentionné dix-huit « *diagnostics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail* ». S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, ils ont estimé, du point de vue rhumatologique, qu'elle était entière depuis le 7 février 2018 (cf. rapport du Prof. Z. _____ du 12 février 2018 ayant fait état d'une

normalisation de la situation pour le bras gauche opéré en septembre 2017), tandis que dite capacité avait toujours été médico-théoriquement de 100 % sous l'angle de la médecine interne. Ils ont considéré que les activités de gestionnaire d'entreprise et d'aide-barman étaient adaptées à l'état de santé de l'assuré, la profession de poseur de sols n'étant toutefois plus exigible d'un point de vue rhumatologique.

Par projet de décision du 19 mars 2020, l'office AI a signifié à l'assuré qu'il comptait lui refuser l'octroi de ses prestations (rente d'invalidité et mesures professionnelles), au motif qu'il ressortait de l'expertise médicale bidisciplinaire réalisée en septembre et décembre 2019 qu'il disposait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée respectant le rachis lombaire et cervical, comme celles de gestionnaire d'entreprise ou d'aide-barman.

Le 27 mars 2020, l'assuré s'est étonné de l'appréciation de l'office AI, lui faisant grief d'avoir mal apprécié sa situation médicale laquelle excluait, selon lui, l'exercice des deux professions citées.

Appelée à se prononcer sur les objections soulevées, la Dre L._____ a souligné que, au regard du vécu orthopédique chargé de l'assuré, les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires étaient non seulement incompatibles avec l'activité de poseur de sols mais également avec celles de gestionnaire et de barman compte tenu des contraintes imposées par le cahier des charges de cette dernière profession (horaires irréguliers, nettoyages divers et service en salle). Elle a dès lors estimé que la capacité de travail était nulle dans les activités mentionnées mais entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (avis médical du 12 mai 2020).

Par décision du 13 mai 2020, l'office AI a nié le droit de l'assuré à des prestations d'invalidité (rente et mesures professionnelles), au motif que le préjudice économique subi, s'élevant à 15 %, n'atteignait pas le seuil ouvrant droit à ces prestations.

B. **a)** Par acte du 15 juin 2020, B._____, représenté par Procap, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. Contestant la valeur probante de l'expertise effectuée par F._____ SA, il a fait valoir que les experts avaient sous-estimé les répercussions de ses diverses atteintes à la santé sur sa capacité de travail. L'assuré s'est par ailleurs plaint du caractère lacunaire de l'instruction médicale puisque ni ses troubles psychiatriques, ni ses problèmes de vue, de migraine et ses troubles cognitifs (mémoire et concentration) n'avaient été pris en compte.

b) Dans sa réponse du 20 août 2020, l'office AI a relevé que l'assuré n'apportait aucun élément susceptible de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire de F._____ SA. Au demeurant, il ne ressortait pas du courrier du Dr R._____ du 4 mars 2019 que l'intéressé souffrirait de troubles psychiatriques et cognitifs invalidants ou de problèmes de vue. A cet égard, les experts de F._____ SA avaient retenu une presbytie et un astigmatisme depuis 2005, qui étaient toutefois sans incidence sur la capacité de travail. En conséquence, l'office AI a proposé le rejet du recours.

c) En annexe à sa réplique du 24 février 2021, l'assuré a transmis un rapport établi le 7 février 2021 par le Dr R._____, dans lequel celui-ci confirmait notamment les diagnostics d'état anxio-dépressif chronique avec épisodes sévères, de troubles de l'attention avec troubles cognitifs ainsi que de troubles du comportement associés à des problèmes de sommeil. Il en déduisait que son état de santé n'avait pas fait l'objet d'une instruction exhaustive, en particulier sur le plan psychiatrique. Par ailleurs, au vu des vingt diagnostics retenus par les experts de F._____ SA, il était douteux qu'il disposât d'une pleine capacité de travail, même dans une activité adaptée.

d) A sa duplique du 15 mars 2021, l'office AI a joint un avis médical établi le 13 mars 2021 par la Dre N._____, médecin auprès du SMR, qui reconnaissait la nécessité de procéder à une évaluation psychiatrique assortie, le cas échéant, d'un bilan neuropsychologique.

e) Dans leurs déterminations ultérieures, les parties ont convenu du bien-fondé de compléter l'instruction sur le plan psychiatrique, tout en laissant le soin à la Cour de céans d'en décider des modalités (courriers des 7 et 22 avril 2021).

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le droit à une rente d'invalidité.

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) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.3 et la référence). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'office AI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

4. a) A la lumière des pièces versées au dossier, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée auprès de F. _____ SA, en tant que celles-ci retiennent que le recourant dispose, sur un plan strictement somatique, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, les plaintes exprimées par le recourant ne sont pas véritablement corroborées par des éléments médicaux objectifs.

aa) Du point de vue de la médecine interne, l'examen clinique effectué par le Dr P. _____ n'a montré que de légers déficits sans limitation fonctionnelle. L'expert n'a constaté aucun élément d'autolimitation, d'exagération ou de simulation.

bb) Du point de vue rhumatologique, le Dr J. _____ a relevé que l'assuré se plaignait essentiellement de douleurs diffuses partant de la tête jusqu'aux pieds ainsi que de douleurs rachidiennes. L'examen rhumatologique retrouvait un status post chirurgie de la colonne lombaire avec une raideur cervicale et lombaire dans un contexte dégénératif et un status post chirurgie lombaire. Il n'y avait pas de séquelles des opérations de la cheville droite, de l'épaule gauche, du genou gauche et du membre supérieur gauche. L'intéressé rapportait également des douleurs au niveau de la cheville gauche depuis le 25 mai 2018. Ces douleurs n'avaient toutefois pas été retrouvées à l'examen rhumatologique pratiqué par l'expert et elles n'étaient pas incapacitantes. L'examen au niveau des pieds était sans particularité, ne montrait aucun signe inflammatoire ou de déformation ni de limitation au niveau des amplitudes. L'examen rhumatologique n'ayant mis en évidence qu'un syndrome lombo-vertébral banal dans un contexte post chirurgie à deux reprises et des douleurs cervicales mécaniques, le Dr J. _____ en a conclu qu'il était strictement normal. Il en allait de même de l'ensemble de l'examen neurologique : il n'y avait pas de syndrome pyramidal ou extra-pyramidal ; les réflexes étaient présents et symétriques aux quatre membres ; il n'y avait pas de déficit distal ou proximal ni d'anesthésie en selle ; la marche se faisait sans boiterie ni attitude antalgique ; il n'y avait pas de signe de Romberg ni d'ataxie. Cela étant, contrairement au Dr

P._____, l'expert rhumatologue a souligné qu'il existait une divergence manifeste entre les symptômes décrits comme étant invalidants et incapacitants et le comportement de la personne expertisée en situation d'examen et l'examen clinique demeuré pauvre. L'assuré était resté assis plus d'une heure lors de l'entretien, sans manifester le besoin de se lever ou de changer de position. Malgré les nombreux antécédents ostéo-articulaires, le Dr J._____ a toutefois jugé qu'il n'y avait pas eu de changement significatif depuis l'expertise orthopédique du Dr H._____ (rapport du 19 janvier 2015) et que l'évolution lui paraissait favorable. Aussi a-t-il estimé, à l'instar du Dr H._____, que, moyennant le respect des limitations fonctionnelles énoncées, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée.

cc) Au demeurant, il n'y a aucun médecin qui exclut que le recourant ne disposerait pas d'une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf., en particulier, les rapports des Drs H._____ du 19 janvier 2015, Q._____ du 8 mars 2016, Z._____ du 12 février 2018 et R._____ des 30 avril 2014 et 7 février 2021).

b) Sur le plan psychiatrique, il convient de relever que la situation n'a pas été examinée dans le détail, alors même que le Dr R._____ fait mention de longue date d'une symptomatologie anxio-dépressive susceptible d'avoir une influence sur la capacité de travail du recourant (cf. rapport du 30 avril 2014). Comme le suggère l'office intimé dans ses déterminations du 15 mars 2021, il y a lieu de lui renvoyer le dossier afin qu'il procède à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique complétée d'un bilan neuropsychologique.

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

6. a) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 applicable en l'espèce conformément à l'art. 82a LPGA). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) Le recourant, qui obtient gain de cause en étant représenté par un mandataire professionnel, a droit à des dépens à la charge de l'office intimé qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 13 mai 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Procap (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :