

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 mars 2020

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
MM. Métral, juge, et Bonard, assesseur  
Greffière : Mme Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jacy Pillonel, avocat à Fribourg,

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI ; 87 RAI.**

**E n f a i t :**

**A. a)** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité [...], au bénéfice d'un permis d'établissement (permis C), a exercé les professions de maçon et d'aide-paysagiste.

Le 15 novembre 1994, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité, faisant valoir des lombosciatalgies. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, il a été constaté qu'il présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), un discret tunnel carpien (G 56.0), ainsi qu'une hernie discale cervicale sans répercussion neurologique (F 50.2 [cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du 14 juillet 2000 établi par les Drs [...], [...] et [...] de la Policlinique [...]]).

Par décision du 27 mars 2001, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), a toutefois refusé à l'assuré le droit à des prestations, compte tenu d'un degré d'invalidité de 6,30 %. Nonobstant les contestations de l'intéressé, cette décision a été confirmée au terme de la procédure judiciaire initiée par ses soins (cf. arrêt TFA I 141/02 du 18 octobre 2002).

**b)** Le 10 décembre 2002, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, se prévalant d'une aggravation de son état de santé, en ce sens qu'il souffrait désormais d'une atteinte invalidante à l'épaule droite.

Dans ce cadre, les diagnostics de scapulalgies droites résiduelles après une acromioplastie arthroscopique de l'épaule droite le 21 août 2002, de rachialgies chroniques non spécifiques et d'éthylo-tabagisme chronique ont été posés (cf. rapport du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, du 21 janvier 2003). Par ailleurs, sur le plan psychique, les Dres [...] et [...], cheffe de clinique, respectivement médecin-assistante au sein de l'Unité de psychiatrie ambulatoire de [...], ont, dans leur rapport du 21 juin 2006, fait état d'un épisode dépressif

moyen (F 32.1), ainsi que d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4).

A l'issue de l'instruction de la demande, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> mai au 30 septembre 2003 (cf. décision sur opposition du 19 février 2007, confirmée par arrêt du Tribunal des assurances AI 119/07 - 206/2007 du 17 décembre 2007 et par arrêt du Tribunal fédéral TF 9C\_111/2008 du 27 janvier 2009).

A compter de 2008, l'assuré a travaillé à temps partiel, à un taux oscillant entre 45 % et 50 %, en qualité « d'homme à tout faire » (aide jardinier, chauffeur) pour le compte de particuliers.

**c)** Le 29 mars 2012, il a déposé une troisième demande de prestations, se prévalant d'un état dépressif, ainsi que d'atteintes au niveau des épaules et de la colonne vertébrale.

Instruisant cette nouvelle demande, l'OAI a confié un mandat d'expertise bidisciplinaire aux Drs B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie. Ces experts ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonalgies droites récurrentes (méniscopathie interne corne postérieure) et d'omalgies droites (minimes troubles dégénératifs du muscle sus-épineux droit et status post acromioplastie 2002). Sur le plan psychique, ils ont en revanche estimé que les diagnostics de trouble somatoforme douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique, d'éventuel léger fond dysthymique et de personnalité passive-dépendante, avec fonctionnement alexithymique, n'étaient pas incapacitants. Ils ont ainsi retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité antérieure de maçon, mais était doté d'une capacité de travail de 80 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive de plus de 10 kg, ainsi que sans mouvements de genuflexion de manière répétitive, telle que son

activité actuelle « d'homme à tout faire » (cf. rapport du 13 janvier 2014 du Dr B. \_\_\_\_\_ et rapport du 10 avril 2014 du Dr T. \_\_\_\_\_).

Sur cette base, l'OAI a refusé d'allouer des prestations à l'assuré, celui-ci présentant un degré d'invalidité de 28 %.

L'assuré a porté cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal qui a, par arrêt du 4 août 2015, renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction (cf. arrêt CASSO AI 27/15 - 203/2015 du 4 août 2015).

**d)** A nouveau saisi de la cause, l'OAI a interpellé les médecins traitants de l'assuré.

Dans un rapport du 15 septembre 2015, le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu le diagnostic de tendinose légère du sus-épineux de l'épaule droite et a estimé qu'en ce qui concernait uniquement cette atteinte, il n'y avait pas d'incapacité de travail.

Le 30 septembre 2015, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a quant à lui fait parvenir à l'OAI un rapport au sein duquel il récapitulait les constatations des médecins spécialistes.

Par rapport du 21 octobre 2015, le Dr D. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de scapulalgies chroniques sur lésion de la coiffe des rotateurs, opérées il y a plusieurs années, de cervico-brachialgies droites sur troubles dégénératifs pluri-étagés, de gonalgies bilatérales sur troubles dégénératifs avec lésion méniscale, opérées à droite en 2014 et à gauche en 2015, de status après cure de hernie ombilicale et de lombalgies basses mécaniques sur troubles dégénératifs. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré n'excédait pas 50 %. S'agissant des limitations fonctionnelles, elles consistaient en une limitation de la mobilité de l'épaule en abduction extrême et lors du port de charge, ainsi

qu'en des difficultés à travailler en terrain accidenté et en charge pour les deux genoux et pour la région lombaire.

Quant à la Dre G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, celle-ci a, dans un rapport du 5 décembre 2015, retenu un diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33.5), avec une symptomatologie fluctuante, globalement en péjoration depuis janvier 2013. Elle a expliqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé compte tenu de l'augmentation des douleurs, notamment au niveau des genoux, et de problèmes conjugaux. La Dre G.\_\_\_\_\_ a en outre constaté une fatigabilité, une irritabilité, un retrait social, une hypersensibilité au bruit, un abaissement de la thymie, des troubles de la concentration avec oublis, une baisse de l'estime de soi, un sentiment d'inutilité, un découragement avec parfois du désespoir et des idées suicidaires scénarisées (accident de voiture), une anxiété en rapport avec sa situation, sa santé, la santé de ses proches, son avenir, son fils ou ses petits-enfants, ainsi qu'un trouble du sommeil avec cauchemars, étant précisé que cette symptomatologie était fluctuante. Elle a estimé que le taux de 45 %, 50 % auquel travaillait l'assuré en qualité d'employé de maison était le maximum que l'on pouvait attendre de lui en raison de ses douleurs et de sa fatigabilité.

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule droite a été pratiquée le 17 mars 2016. Selon le rapport afférent à cet examen, il a été constaté une rupture complète du tendon du muscle supra-spinatus, une tendinose sévère du muscle infra-spinatus, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire.

Dans un rapport du 17 août 2016, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a préconisé une intervention consistant en une réinsertion itérative des tendons sus- et infra-épineux et en une ténodèse du biceps, avec décompression sous-acromiale et résection de l'articulation acromio-claviculaire, tout en précisant que l'assuré était réticent à l'idée de se faire opérer.

A ce stade, l'OAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire qu'il a confiée au Centre [...] (ci-après : Centre Z.\_\_\_\_\_). Dans un rapport du 4 novembre 2016, les Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, installation progressive. S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont en particulier fait état d'une claustrophobie (F 40.2), d'une personnalité dépendante (F 45.4), d'une fibromyalgie, de cervico-brachialgies récurrentes sur discopathie C4-C5 et C6-C7 sans conflit disco-radulaire, d'un syndrome lombo-vertébral récurrent chronique, d'une gonarthrose débutante bilatérale, ainsi que d'une hypertension artérielle stable, sous traitement depuis 2004. Selon ces experts, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'élévation de l'épaule droite à 90°, de port de charges et de position accroupie, avec une diminution de rendement de 20 %.

Ils ont pour le surplus noté ce qui suit :

*« 5.1 Décrire le plus précisément possible toute modification significative de l'état de santé au fil du temps avec une chronologie des évènements (pour rappel, la CASSO estime que le dossier ne permet de pas de statuer en pleine connaissance de cause, y compris pour la période avant l'expertise de janvier-mars 2014)*

L'état de l'épaule droite s'est aggravé progressivement, et de façon plus importante encore entre 2014 et 2016. Néanmoins, cette problématique de l'épaule droite n'a pas empêché Monsieur K.\_\_\_\_\_ de poursuivre l'activité professionnelle de *bricoleur, entretien, homme à tout faire*.

Il faut tenir compte également des deux interventions chirurgicales au niveau des genoux, qui ont entraîné de façon transitoire une incapacité de travail à 100 % que l'on peut estimer à six semaines environ après chaque intervention.

L'expertisé est triste et anxieux quelques semaines après l'AT à 100 % du 06.06.1994 (douleurs dorsales).

L'expertisé bénéficie d'un traitement psychiatrique psychothérapeutique (consultation psychiatrique secteur nord du Centre hospitalier H.\_\_\_\_\_ à [...] dès 2005). Il a été suivi par plusieurs médecins internes, Dr [...], Dr [...]. Depuis 5 ans environ il est suivi par le Dr G.\_\_\_\_\_ qui le suit depuis environ un an à son cabinet privé. Au début l'expertisé bénéficiait de 2 séances par mois, depuis 2 ans environ, une séance par mois de 50 min environ.

L'expertisé n'a jamais bénéficié de traitement antidépresseur de façon continue à dose antidépressive. Les molécules ont toutes été interrompues en raison des effets secondaires (épigastralgies, céphalées, etc.). Selon l'expertisé (Citalopram, Cipralex, autres molécules dont il ne se rappelle pas le nom), ces médications n'ont pas apporté d'effet bénéfique. Actuellement il bénéficie d'un traitement de Temesta 1mg en réserve (environ une prise par semaine) et de Mirtazapine 7.5 mg en réserve pour faciliter le sommeil qu'il prend environ 2 fois par semaine.

L'expertisé n'a jamais été admis en centre de crise ou en hôpital psychiatrique. Le traitement psychiatrique psychothérapeutique n'a jamais été intensif. Il n'y a pas de notion de tentative de suicide.

*5.2 Se positionner par rapport aux documents médicaux au dossier (notamment l'expertise précitée) en fournissant des explications motivées en cas de divergence avec les observations et conclusions prises précédemment...*

Sur le plan somatique, en 2014, l'activité adaptée, surtout celle qu'il exerce actuellement, peut être exigible à 100 %.

Depuis la dernière expertise, il y a surtout une déchirure de la coiffe des rotateurs, objectivée cette fois à l'IRM, au niveau de l'épaule droite, ce qui n'était pas le cas auparavant, mais ceci ne change pas grand-chose puisque de toute façon, nous considérons que cette épaule droite fixe des limites à la possibilité d'activité professionnelle de Monsieur K.\_\_\_\_\_ qui ont été largement décrites ci-dessus.

Sur le plan psychique, on retient les éléments suivants :

Le rapport d'examen d'expertise médicale pluridisciplinaire du 14 juillet 2000 Polyclinique [...] de [...] (Pr. [...], médecin-chef, Dr [...], médecin-chef adjoint, Dr [...], médecin chef adjoint) retient les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, lombosciatalgies F 45.4, discret tunnel carpien droit G 56.0, hernie discale cervicale sans répercussion neurologique. Une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée est retenue.

Commentaire : le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistante est déjà retenu, ce diagnostic est pertinent. Une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée est retenue. Cette appréciation tient compte de la façon dont était évalué ce trouble à l'époque.

Le rapport médical du 04.10.2013 du Dr G.\_\_\_\_\_ psychiatre retient les diagnostics avec effet sur la capacité de travail F 32.1 Episode dépressif moyen en rémission partielle, diagnostiqué au

printemps 2006 et de discopathies, problèmes à l'épaule droite (opérée il y a 6 ou 7 ans) et autres problèmes somatiques. L'assuré n'exerce plus l'activité de maçon depuis 20 ans en raison de problèmes de dos et d'épaules. Cette activité n'est plus exigible. Il a actuellement une petite activité d'homme de maison. Monsieur K. \_\_\_\_\_ est limité dans son travail par des restrictions physiques, par des douleurs, des difficultés de concentration et d'attention menant à des oublis.

Commentaire : il est fait mention d'un trouble dépressif en rémission partielle, les réactions physiques doivent être appréciées par les somaticiens. Le traitement prodigué alors par ce confrère ne correspond pas au traitement d'un grave trouble psychique.

Le rapport d'expertise psychiatrique du 10.04.2014 du Dr T. \_\_\_\_\_, psychiatre, Madame [...], psychologue, [...] à [...] retient des diagnostics sans effet sur la capacité de travail : trouble somatoforme douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, éventuel léger fond dysthymique, personnalité passive-dépendante, avec fonctionnement alexithymique. L'assuré ne présente actuellement pas de comorbidité psychiatrique incapacitante ni de trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Il n'existe pas de symptomatologie dépressive cliniquement incapacitante. La capacité de travail est de 100 % depuis toujours dans une activité adaptée à ses compétences et ses limitations somatiques objectives.

Commentaire : La position de ce confrère correspond aux éléments retrouvés dans l'anamnèse de la présente expertise, les diagnostics retenus sont pertinents, la détermination de la capacité de travail tient compte de l'appréciation expertale de l'époque.

Le rapport médical du 05.12.2015 du Dr G. \_\_\_\_\_, psychiatre, retient des diagnostics avec effet sur la capacité de travail : nombreux problèmes somatiques, F 33.5 trouble dépressif récurrent symptomatologie récurrente, globalement péjoration depuis le rapport de janvier 2013. Monsieur K. \_\_\_\_\_ travaille à 45-50 % en tant qu'employé de maison chez des particuliers. Il s'agit du taux maximum qu'il peut assurer en raison de ses douleurs et de la fatigabilité.

Commentaire : nous ne pouvons suivre l'analyse de ce confrère qui ne pratique alors aucun traitement psychiatrique intensif ».

Dans un avis du 22 novembre 2016, le Dr X. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), s'est rallié aux conclusions des experts du Centre Z. \_\_\_\_\_.

Par projet de décision du 9 octobre 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente. Considérant une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, le taux

d'invalidité calculé sur la base d'un revenu sans invalidité de 69'141 fr. et avec invalidité de 49'436 fr., s'élevait à 27,78 %.

Par courrier du 13 novembre 2017, l'assuré a contesté ce projet. Il a par la suite produit deux rapports médicaux datés du 15 décembre 2017. Dans le premier, le Dr D.\_\_\_\_\_ a expliqué que depuis le précédent refus de rente, la symptomatologie de l'assuré s'était aggravée, notamment au niveau des deux épaules. L'intéressé avait en outre développé des lombalgies chroniques et des rachialgies. Les différentes investigations, dont une IRM, avaient mis en évidence essentiellement des troubles dégénératifs pour lesquels l'intéressé avait bénéficié de plusieurs infiltrations facettaires et de traitements par radiofréquences, ainsi que de la physiothérapie, sans amélioration significative des symptômes. L'ensemble des plaintes, y compris la pathologie des épaules avec une rupture nécessitant éventuellement une réintervention, justifiait une incapacité de travail de 50 % au minimum dans une activité légère. S'agissant du second rapport, il émanait du Dr S.\_\_\_\_\_, qui réitérait qu'en raison des limitations physiques de l'assuré, un travail à un taux supérieur à 50 % dans son activité n'était pas possible.

En date du 16 mars 2018, l'OAI a encore reçu un rapport établi le 9 février 2017 par le Dr [...], spécialiste en radiologie, à la suite d'une IRM de la colonne cervicale. Selon ce document, il a été constaté un aspect globalement inchangé par rapport à 2012 et jusqu'aux examens effectués en 2010 des troubles dégénératifs étagés principalement en C6-C7, avec des rétrécissements spondylarthrosiques et uncarthrosiques des récessus et des trous de conjugaison des deux côtés, en conflit potentiel avec les racines C7, pouvant correspondre à la clinique.

Dans un avis du 10 avril 2018, la Dre L.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que les deux rapports du 15 décembre 2017 n'apportaient pas de nouveaux éléments sur les plans rhumatologique et orthopédique.

Par décision du 28 août 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision dont il a repris la motivation.

**B.** Par acte du 3 octobre 2018, K.\_\_\_\_\_, représenté par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme, en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité. En substance, il a allégué que sa capacité résiduelle de travail n'excédait pas 50 %, tel qu'attesté par ses différents médecins. Il a par ailleurs critiqué le revenu d'invalidité retenu par l'OAI dans le calcul de son préjudice économique. A l'appui de ses allégations, il a en particulier produit un rapport médical établi le 2 octobre 2018 par le Dr D.\_\_\_\_\_, lequel attestait que le taux de 50 % exercé par le recourant était adapté à son handicap, et a informé la Cour de ceans du prochain dépôt d'un certificat de sa psychiatre traitante.

Le 10 décembre 2018, l'OAI a proposé d'attendre la production de ce dernier rapport avant de soumettre sa détermination.

Par écriture du 15 février 2019, le recourant a maintenu ses conclusions, estimant que l'intimé s'était écarté à tort de l'avis de ses médecins traitants et a produit les documents suivants :

- un rapport du 3 octobre 2018 du Dr S.\_\_\_\_\_ attestant d'une capacité de travail maximum de 50 %.
- un rapport du 21 novembre 2018 du Dr R.\_\_\_\_\_ retenant une indication opératoire pour une cure du syndrome de tunnel carpien et pour une arthroscopie de l'épaule droite avec acromioplastie et résection acromio-claviculaire, ainsi qu'une fixation en mini-open de la lésion du sus-épineux avec ténotomie et ténodèse du biceps.

Le 25 avril 2019, la juge instructrice a interpellé la Dre G.\_\_\_\_\_ afin qu'elle se détermine sur l'état de santé psychique de son patient. Par rapport du 1<sup>er</sup> juin 2019, la psychiatre traitante a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec une symptomatologie

fluctuante et une composante anxieuse importante (F 32.1). Elle a estimé que, du point de vue psychique, l'activité actuelle déployée par le recourant à 50 % convenait. Elle a par ailleurs expliqué ce qui suit :

« En raison des problématiques physiques occasionnant des douleurs et des troubles du sommeil, de la fatigabilité, des difficultés de concentration, du stress qui serait occasionné par des exigences de rendement plus élevées ou la demande de nouvelles tâches, de l'angoisse de ne pas arriver à accomplir les tâches et d'ainsi risquer de perdre son travail, un pourcentage supérieur au taux actuel de 50 % me paraît illusoire, et ceci depuis que je connais M. K. \_\_\_\_\_ et dans un contexte où la problématique physique va en se péjorant ».

Par écriture du 16 juillet 2019, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a en outre produit un avis établi le 10 juillet 2019 par la Dre L. \_\_\_\_\_ du SMR, indiquant que le tableau clinique développé par la Dre G. \_\_\_\_\_ était inchangé depuis le dernier rapport de ce psychiatre du 5 décembre 2015 et correspondait aux constatations des experts psychiatres en 2014 et en 2016.

Le recourant ne s'est pas déterminé plus avant.

### **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 une rente de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 29 mars 2012.

**3. a)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**b)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**c)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, 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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (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 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 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**c)** Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 *loc. cit.*, avec la jurisprudence citée).

**5. a)** A titre liminaire, il sied de relever que par décision sur opposition du 19 février 2007, confirmée par le Tribunal des assurances (AI 119/07 - 206/2007 du 17 décembre 2007), puis par le Tribunal fédéral (TF 9C\_111/2008 du 27 janvier 2009), le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> mai au 30 septembre 2003. Dans cette mesure, la demande de réouverture du dossier introduite par le recourant le 29 mars 2012 doit être appréhendée non pas en tant que demande de révision, faute de prestation en cours, mais en tant que nouvelle demande.

Peu importe, toutefois, dans la mesure où les principes développés en lien avec la révision des prestations en cours (art. 17 LPGA) sont applicables par analogie lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après une suppression de prestations (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités ; TF 9C\_154/2018 du 7 juin 2018 consid. 3.1 et 9C\_156/2017 du 15 janvier 2018 consid. 2). Il convient en ce sens d'examiner si, entre la dernière décision reposant sur un examen matériel

du droit, soit *in casu* la décision du 19 février 2007, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à modifier le droit aux prestations s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71), étant précisé qu'une simple appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée est sans pertinence de ce point de vue (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

**b)** En l'occurrence, l'intimé s'est essentiellement fondé sur le rapport d'expertise du Centre Z. \_\_\_\_\_ du 4 novembre 2016, aux termes duquel seule la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite était incapacitante, pour retenir que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20 %, si bien que son degré d'invalidité n'atteignait pas le seuil nécessaire pour lui ouvrir le droit à une rente. Le recourant conteste cette appréciation et estime que sa capacité résiduelle de travail n'excède pas 50 %, conformément aux avis de ses médecins traitants.

Or l'expertise du Centre Z. \_\_\_\_\_ remplit toutes les exigences formelles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions résultent d'une analyse complète de la situation médicale - objective et subjective - du recourant. Prenant en considération l'ensemble du dossier médical à leur disposition, tel qu'en atteste le résumé en introduction dudit rapport, les experts ont procédé à une anamnèse détaillée, tenu compte des plaintes du recourant et décrit leurs constatations cliniques.

**6. a)** Sur le plan orthopédique, les experts du Centre Z. \_\_\_\_\_ ont notamment relevé que le recourant souffrait d'une atteinte de la coiffe des rotateurs au niveau de l'épaule droite, ainsi que d'une arthrose acromio-claviculaire, qui l'empêchaient de lever le bras au-dessus de l'horizontale et de porter des charges. Ils ont par ailleurs expliqué que l'intervention préconisée par le Prof. Q. \_\_\_\_\_, puis par le Dr R. \_\_\_\_\_ ne résoudrait pas la problématique douloureuse et n'influencerait pas la capacité de travail. A cet égard, ils ont encore précisé que l'état de l'épaule droite s'était aggravé progressivement, et de façon plus

importante encore entre 2014 et 2016, mais que cela n'avait pas empêché le recourant de poursuivre son activité professionnelle « d'homme à tout faire ». S'agissant des gonalgies, les experts ont fait état d'une atteinte dégénérative modérée, qui limitait également le port de charges, mais qui ne s'opposaient pas à des déplacements réguliers. Compte tenu de ces éléments, ils ont estimé que l'activité actuellement exercée par le recourant - qui était adaptée - demeurerait exigible à 100 %, avec une diminution de rendement de 20 % pour tenir compte d'une perte de temps dans les activités manuelles qui ne pouvaient pas être effectuées dans toutes les positions de l'épaule.

Sur le plan rhumatologique, les experts du Centre Z. \_\_\_\_\_ ont retenu que le recourant souffrait de rachialgies chroniques sur modifications dégénératives modérées sans lésion anatomique ou maladie susceptibles d'en expliquer à la fois l'intensité et la persistance, dans un contexte plus global d'une fibromyalgie, « label diagnostic » utilisé pour désigner un syndrome douloureux chronique diffus associé à des manifestations essentiellement subjectives. Aucune lésion organique n'expliquait ainsi les plaintes du recourant et il existait une discordance entre celles-ci et les constatations objectives. L'activité d'employé de maison exercée par le recourant était également adaptée aux plaintes rachidiennes, à un taux de 100 % sans autre diminution de rendement.

Les constatations qui précèdent sont d'autant plus convaincantes qu'elles viennent corroborer les conclusions de l'expertise bidisciplinaire réalisée en 2014, aux termes de laquelle il avait été retenu que le recourant conservait une capacité de travail de 80 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive de plus de 10 kg, ainsi que sans mouvements de genuflexion de manière répétitive, à l'instar de l'activité « d'homme à tout faire » du recourant. A cet égard, on relève également que le Dr R. \_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 15 septembre 2015 qu'en ce qui concernait uniquement l'atteinte à l'épaule droite, il n'y avait pas d'incapacité de travail.

**b)** Cela étant dit, il ne se trouve au dossier aucun rapport médical qui serait susceptible de remettre en question les constatations étayées des experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ sur le plan somatique. Aucun des médecins du recourant ne soutient que les gonalgies entraveraient la capacité de travail dans une activité adaptée au-delà de ce qui a été retenu par les experts ou que leurs constatations quant aux atteintes à la colonne, notamment cervicale, seraient erronées. A cet égard, l'IRM réalisée le 9 février 2017 démontre une situation identique à celle qui prévalait en 2012 et même avant 2010.

Les Drs D.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ retiennent certes une capacité de travail de 50 % maximum dans une activité adaptée. On relève cependant que cette capacité de travail résiduelle n'est objectivée par aucun élément dont les experts n'auraient pas tenu compte. Par ailleurs, ces médecins traitants n'ont pas fait état de plus amples limitations fonctionnelles, celles énoncées se superposant avec celles retenues par les médecins du Centre Z.\_\_\_\_\_. On constate de surcroît que le recourant parvient à travailler huit heures d'affilées le mardi et admet lui-même qu'il pourrait parvenir à augmenter son taux « en faisant des activités très légères, sans charge et sans garder tout le temps la même position » (cf. p. 20 de l'expertise).

**c)** Compte tenu de ce qui précède, force est d'admettre que l'expertise du Centre Z.\_\_\_\_\_ est bien étayée sur le plan somatique, que les conclusions médicales sont motivées de manière cohérente et convaincante et que les avis au dossier ne contiennent aucun élément objectif pertinent qui inciterait à douter de l'appréciation des Drs P.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_.

**7.** Sur le plan psychique, les experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics de claustrophobie (F 40.2), de personnalité dépendante (F 60.7) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), mais ont estimé que ces problématiques n'étaient pas incapacitantes.

**a)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit

également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**8. a)** D'emblée, on relève que si l'expertise du Centre Z. \_\_\_\_\_ n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par la

jurisprudence précitée, il n'en demeure pas moins qu'elle réunit, dans le cadre d'un examen global, les éléments permettant d'évaluer les ressources mobilisables du recourant (cf. ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

**b)** On constate que les diagnostics psychiques susmentionnés ont été posés par les experts, en particulier par le Dr N.\_\_\_\_\_, selon les règles de l'art et un système de classification reconnu. Sur leur base, l'expert psychiatre a examiné la capacité de travail réellement exigible du recourant et les indicateurs requis par la jurisprudence se retrouvent dans ses constatations. Tel que noté par cet expert, l'analyse des activités quotidiennes et sociales du recourant démontre l'autonomie et l'indépendance du recourant. Il ressort en effet de l'expertise que l'intéressé a su maintenir des liens sociaux, tant au niveau familial – nonobstant des conflits conjugaux – que professionnel. Il travaille avec son épouse, fréquente un couple d'amis, participe autant qu'il le peut aux activités ménagères ou accompagne son épouse au supermarché. La vie familiale n'est pas perturbée, le recourant étant en contact avec son fils et s'occupant de ses deux petits-fils. Les atteintes psychiques n'apparaissent pas non plus empêcher la réalisation d'une activité professionnelle régulière et stable depuis de nombreuses années. Les traitements antalgiques n'ont certes pas eu le succès escompté, mais il n'apparaît pas que ces échecs puissent être objectivement expliqués. Le traitement médicamenteux antidépresseur a été adapté à plusieurs reprises en raison des effets secondaires exclusivement. Le suivi psychiatrique n'est pas intensif et il n'existe pas de comorbidité lourde, la personnalité dépendante n'étant pas considérée en l'espèce comme un trouble majeur de la personnalité. L'examen clinique a certes permis d'objectiver une humeur anxieuse et dépressive, mais de faible intensité. Le recourant a de surcroît conservé une bonne perception de lui-même et des autres. Compte tenu de ces éléments, l'on ne peut que suivre le Dr N.\_\_\_\_\_ lorsqu'il retient que le recourant est pourvu d'un certain nombre de ressources personnelles, étant ajouté que ses conclusions se recourent avec celles formulées par le Dr T.\_\_\_\_\_ en 2014.

**c)** Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations du Dr N.\_\_\_\_\_. En particulier, les rapports de la Dre G.\_\_\_\_\_ ne mettent pas en évidence d'éléments qui plaideraient en faveur d'une aggravation notable de l'état de santé psychique du recourant. Les constatations de la psychiatre traitante se recoupent en partie avec celles de l'expert psychiatre et son appréciation de la capacité de travail semble se fonder essentiellement sur les atteintes somatiques et non psychiques. Les rapports de la Dre G.\_\_\_\_\_ ne permettent pas non plus d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions du Dr N.\_\_\_\_\_. Le seul fait qu'elle ait retenu un diagnostic d'épisode dépressif moyen avec une symptomatologie fluctuante et une composante anxieuse importante (F 32.1) contrairement à l'expert, ne suffit pas. En réalité, la Dre G.\_\_\_\_\_ n'a pas apporté un nouvel élément, mais a seulement fait une appréciation différente d'une même situation clinique. En effet, le Dr N.\_\_\_\_\_ n'a pas ignoré l'humeur anxieuse et dépressive, mais ne lui a pas donné valeur de maladie.

**9.** Cela étant dit, rien au dossier ne permet de remettre en question l'analyse des experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. Il ne se justifie ainsi pas de s'écarter de la solution retenue par l'intimé sur la base de leurs conclusions, à savoir que le recourant dispose d'une capacité de travail de 80 % (taux d'activité de 100 % avec diminution de rendement de 20 %) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**10.** Reste à déterminer le préjudice économique subi par le recourant.

**a)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**b)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**c)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

**11.** En l'occurrence, le préjudice économique subi par le recourant doit être déterminé à l'aune d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée. Ce faisant, l'intéressé ne saurait être suivi lorsqu'il soutient que le revenu tiré de l'activité actuelle « d'homme à tout faire » doit être retenu tel quel à titre de revenu d'invalidé. En effet, ce revenu se rapporte à un taux d'activité effectif de l'ordre de 50 % alors que la capacité de travail exigible de l'assuré est de 80 %. Selon l'extrait de son compte individuel AVS, l'assuré a réalisé en 2012, date de l'ouverture du

droit à la rente, un revenu de 20'984 fr., ce qui correspond, transposé à un taux d'activité de 80 %, à un revenu de 47'974 francs. Ce montant est certes inférieur au revenu d'invalidité de 49'936 fr. retenu par l'intimé en application de l'ESS. Il n'ouvre cependant pas pour autant le droit à une rente. En effet, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 69'141 fr., la comparaison des revenus conduit à un taux d'invalidité de 30,61 %, soit inférieur au seuil de 40 %. C'est donc à juste titre que l'intimé a refusé au recourant le droit à une rente d'invalidité.

**12. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'occurrence, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 28 août 2018 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 K.\_\_\_\_\_.

**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 Jacy Pillonel (pour K. \_\_\_\_\_) ;
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton 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 :