

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 septembre 2015

---

Composition : Mme PASCHE, juge unique  
Greffière : Mme Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, qui agit pour le compte de son fils mineur **H.**\_\_\_\_\_, à  
Lausanne, recourant,

et

**S.**\_\_\_\_\_, à Clarens, intimée.

---

**Art. 3 al. 1 let. b, 14 al. 1 let. a, 14 al. 2 LPC, 17 al. 1 et al. 2  
RLVPC**

## **E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le [...] 1966, est au bénéfice des prestations complémentaires à l'AVS/AI (ci-après : PC).

Le 7 mai 2013, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthodontie, a complété le formulaire de l'indice de gravité relatif à la prise en charge des frais orthodontiques dans le cadre du revenu d'insertion concernant les enfants mineurs, demandant la prise en charge du traitement orthodontique de l'enfant mineur de l'assurée, H.\_\_\_\_\_ (ci-après : H.\_\_\_\_\_ ou le recourant), né [...] 1997. A cette occasion, il a entouré le chiffre 2 de la liste figurant sur le formulaire précité, à savoir l'anomalie décrite en ces termes « déviation fonctionnelle latérale provoquée par des dents permanentes et associées à une déviation d'au moins 1 mm entre les positions de RC et de IM (OC) et à un articulé croisé unilatéral ».

Le 23 mai 2013, le bureau des PC a retourné à l'assurée l'estimation d'honoraires concernant le traitement orthodontique de son fils, en lui expliquant que le devis devait être soumis préalablement à l'assurance-maladie de celui-ci.

Le 22 juillet 2013, le Dr C.\_\_\_\_\_ a fait savoir au bureau des PC qu'aucun des critères requis par la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10) n'était réalisé pour une prise en charge à ce titre. Il sollicitait dès lors la prise en charge du traitement par les PC pour frais de guérison (ci-après également : PCG). Le Dr C.\_\_\_\_\_ a joint à sa demande une copie du formulaire de gravité du 7 mai 2013, des photographies intra- et extra- orales du 21 mars 2013, des copies des radiographies effectuées le 21 mars 2013, les valeurs céphalométriques, ainsi qu'un plan détaillé du traitement, en rappelant que les honoraires y relatifs étaient estimés à 12'500 francs. Selon le plan de traitement du 22 juillet 2013, les diagnostics posés étaient ceux de distorelation, d'hyperdivergent, de classe II malocclusion, 12 positions ectopique palatine et en crossbite 12/41-42, manque de place supérieure et de ligne

médiane supérieure déviée de 3 mm à droite. Le plan de traitement était décrit comme suit :

« 2 Bagues scellées sur 16 et 26

Arc palatin type Gosh Garian

Brackets collées sur dents 15 à 25 et 37 à 47

Ressort pour regagner la place pour la dent 12

Elastiques de classe II

Fils retainers collés de 13 à 23 et 33 à 43

Positionneur

Contrôles réguliers pour surveiller le maintien du résultat à long terme ».

Le 13 novembre 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale vaudoise, a refusé d'entrer en matière sur la demande, en estimant que l'indice de gravité n° 2 n'était pas rempli, le patient n'étant pas en occlusion croisée unilatérale selon les photographies fournies, précisant être prêt à considérer à nouveau le cas ultérieurement si une autre anomalie s'installait.

Par décision du 26 novembre 2013, le bureau des PC a refusé la prise en charge du traitement orthodontique du fils de l'assurée, motif pris que la situation clinique ne remplissait pas les conditions requises des critères de gravité selon son dentiste-conseil.

Selon le formulaire de l'indice de gravité relatif à la prise en charge des frais orthodontiques dans le cadre du revenu d'insertion concernant les enfants mineurs (Annexe aux Normes RI/Version 5, ch. 5.7 > Formulaire d'accompagnement d'estimation d'honoraires de frais orthodontiques), que le Dr C.\_\_\_\_\_, a complété le 17 décembre 2013, H.\_\_\_\_\_ présentait l'anomalie n° 1, décrite comme suit « Articulé croisé frontal d'au moins trois dents permanentes antérieures ou de toutes les dents de lait antérieures (les canines sont considérées comme des dents antérieures) ».

Agissant pour le compte de son fils, l'assurée, représentée par Pro Infirmis Vaud, a formé opposition à la décision du 26 novembre 2013 le 18 décembre 2013. A cette occasion, elle a expliqué que de l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ présentait deux anomalies reconnues comme suffisamment graves pour être prises en charge dans le cadre des prestations complémentaires de guérison, à savoir un articulé croisé frontal (1) et une déviation fonctionnelle (2). Le Dr C.\_\_\_\_\_ avait certes entouré par erreur les chiffres 1 et 2 de l'indice de gravité daté du 19 août 2013, mais avait précisé que l'articulé croisé frontal apparaissait de manière évidente sur les photographies jointes au dossier. Pour l'assurée, le traitement de son fils n'était pas à but esthétique mais consistait bien en des soins nécessaires, l'incisive supérieure ayant poussé depuis le palais, derrière le reste des dents, et totalement en décalage avec le reste de la dentition, estimant dès lors que la gravité du cas justifiait sa prise en charge.

Le 3 février 2014, le bureau des PC a soumis l'opposition de l'assurée et ses annexes pour prise de position au médecin-dentiste conseil de l'administration.

Par courrier daté du 13 janvier 2014 (mais reçu le 6 février 2014 au bureau des PC), le Dr B.\_\_\_\_\_ a expliqué avoir ré-examiné le dossier du fils de l'assurée. Il a confirmé que ce dernier n'entrait pas dans le cadre des critères précisés dans les indices de gravité OFAS. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a en particulier relevé ce qui suit :

« L'indice de gravité n° 1 n'est pas rempli/l'articulé croisé frontal d'au moins **trois** dents permanentes antérieures n'existe pas (Formulaire IG Version 5/ ch. 5.7). La décision a été **revue** suite à notre conversation téléphonique, mais la décision originale déjà statué le 13 novembre 2013, a été reconfirmée car les conditions de l'anomalie n° 1 ne sont pas entièrement remplies.

Les éléments du dossier seront retournés à l'ASS AVS/AI à Lausanne, et les moulages vous seront renvoyés par courrier postal ».

Le 12 février 2014, le Dr B.\_\_\_\_\_ a expliqué au bureau des PC qu'à la demande du Dr C.\_\_\_\_\_, le cas de H.\_\_\_\_\_ avait été revu une deuxième fois le 13 janvier 2014 en collaboration avec le médecin-

dentiste conseil de l'AI, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine dentaire générale. Le Dr B.\_\_\_\_\_ confirmait que les critères fédéraux de prise en charge n'étaient pas remplis et qu'il ne pouvait dès lors pas entrer en matière.

Par décision sur opposition du 25 février 2014, la caisse a rejeté l'opposition, en expliquant que de l'avis du médecin-dentiste conseil adjoint de l'administration cantonale vaudoise chargé de l'orthodontie, le Dr B.\_\_\_\_\_, le traitement envisagé ne répondait pas aux critères cantonaux de prise en charge. En particulier, l'indice de gravité n° 2 n'était pas rempli, le patient n'étant pas en occlusion croisée unilatérale selon les photographies fournies. La caisse a précisé que le cas avait été réexaminé le 13 janvier 2014 en collaboration avec le médecin-conseil de l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_. Dans ce contexte, le Dr B.\_\_\_\_\_ avait relevé que l'indice de gravité n° 1 n'était pas rempli, l'articulé frontal d'au moins trois dents permanentes antérieures n'existant pas selon le Formulaire IG Version 5/ch. 5.7. La caisse a ainsi refusé de prendre en charge le traitement requis, estimant que celui-ci ne répondait pas aux critères de prise en charge fixés par le référentiel vaudois.

**B.** Par acte du 12 mars 2014, J.\_\_\_\_\_, agissant pour le compte de son fils H.\_\_\_\_\_, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à sa réforme dans le sens de la prise en charge du traitement d'orthodontie en cause.

Le 18 mars 2014, le Dr C.\_\_\_\_\_ s'est adressé à la Cour de céans, en expliquant avoir fondé son appréciation sur le formulaire fourni directement par le patient, et provenant des PCG. Or sur ce formulaire, pour que l'indice de gravité n° 1 soit rempli, il était nécessaire qu'il y ait « Articulé croisé frontal d'au moins **trois dents permanentes antérieures** ou de toutes les dents de lait antérieures (les canines sont considérées comme des dents antérieures) ». Selon ces conditions, la situation clinique de H.\_\_\_\_\_ donnait droit à prestations, l'intéressé présentant un articulé croisé frontal des dents 12, 41 et 42. Après

discussion avec le Dr B.\_\_\_\_\_, ce dernier avait informé le Dr C.\_\_\_\_\_ que selon le formulaire qu'il utilise, il faut pour la prise en charge qu'il y ait « Articulé croisé frontal d'au moins trois dents permanentes antérieures **supérieures** ou de toutes les dents de lait antérieures supérieures (les canines sont considérées comme des dents antérieures) ». Le Dr C.\_\_\_\_\_ ne comprenait pas que le Dr B.\_\_\_\_\_ se base sur un formulaire différent de celui qu'il avait complété, et qui est le formulaire officiel fourni par les PCG. Avec son courrier, le Dr C.\_\_\_\_\_ a produit les deux formulaires de prise en charge des frais d'orthodontie :

- selon le premier, intitulé « Formulaire de l'indice de gravité, Critères à compléter par l'Orthodontiste-traitant, Prise en charge de frais orthodontiques par les Organismes payeurs (OP) (ne concerne que les enfants mineurs) », le ch. 1 est libellé comme suit : « Articulé croisé frontal d'au moins trois dents permanentes antérieures supérieures ou de toutes dents de lait antérieures supérieures (les canines sont considérées comme des dents antérieures) » ;
- selon le second, intitulé « Formulaire de l'indice de gravité, Critères à compléter par l'Orthodontiste-traitant, Prise en charge de frais orthodontiques dans le cadre du Revenu d'insertion/RI (ne concerne que les enfants mineurs) », le ch. 1 est libellé comme suit : « Articulé croisé frontal d'au moins trois dents permanentes antérieures ou de toutes dents de lait antérieures (les canines sont considérées comme des dents antérieures) »).

Le 16 avril 2014, le Dr B.\_\_\_\_\_ a transmis au bureau des PC un courrier daté du 12 février 2014 du Dr C.\_\_\_\_\_, qui contestait la décision en relevant que le Dr B.\_\_\_\_\_ se fondait sur un formulaire que lui seul utilisait et qui n'était pas envoyé par les Centres sociaux régionaux, sollicitant à nouveau la prise en charge du traitement. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a relevé au sujet du courrier du Dr C.\_\_\_\_\_ que le cas avait été discuté en colloque et que c'était la formule IG Version 5/ ch. 5.7 qui avait été utilisée dans l'établissement de la décision.

Dans sa réponse du 30 mai 2014, la caisse a conclu au rejet du recours. Elle explique s'être fondée sur les déterminations du médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise consulté, le Dr B.\_\_\_\_\_, pour refuser la prise en charge par les PC du traitement orthodontique envisagé par le fils de l'assurée, en exposant être liée par dites déterminations. Quant au grief relatif aux questionnaires d'évaluation utilisés, la caisse ne pouvait se prononcer, estimant que cette question relevait le cas échéant de la compétence du médecin-dentiste conseil.

Le 24 octobre 2014, sur requête du juge instructeur, la caisse a produit la convention concernant les traitements dentaires entre le département de la santé et de l'action sociale et la profession dentaire vaudoise, ainsi que le référentiel 2014 des prestations dentaires admises pour le paiement des frais. La caisse a en outre indiqué que la version 5/ ch. 5.7 du formulaire de l'indice de gravité pour la prise en charge des frais orthodontiques avait été adoptée vraisemblablement en septembre 2007.

### **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 aux prestations versées en vertu du chapitre 2 de la LPC (loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, RS 831.30) (art. 1 LPC). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). Il est donc recevable.

**b)** La LPA-VD s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant toutefois inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence du juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** Saisi d'un recours contre une décision rendue par une autorité compétente en matière d'assurances sociales, le juge ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417 ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit éventuel du recourant à la prise en charge de son traitement orthodontique, devisé à 12'500 fr., au titre de PCG.

**3. a)** En vertu de l'art. 3 al. 1 let. b LPC, les prestations complémentaires comprennent le remboursement des frais de maladie et d'invalidité.

Conformément à l'art. 14 al. 1 let. a LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais de traitement dentaire, s'ils sont dûment établis. Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (art. 14 al. 2 LPC).

**b)** L'art. 17 al. 1 RLVPC (règlement vaudois d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité ; RSV 831.21.1) prévoit que les frais de traitement dentaire sont soumis à une procédure d'estimation et de remboursement fixée dans le cadre d'une convention passée entre le département [de la santé et de l'action sociale] et les instances représentant les médecins dentistes du canton de Vaud.

Les frais admis sont fixés dans un référentiel annexé à la convention et établis par le médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale. Les devis sont préalablement approuvés par le médecin-dentiste conseil, dont les déterminations fondent les décisions de la Caisse, y compris pour les médecins dentistes non signataires de la convention (art. 17 al. 2 RLVPC, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> phrases).

La convention concernant les traitements dentaires entre le Département de la Santé et de l'Action Sociale et la Profession Dentaire Vaudoise du 26 mars 2007 a notamment la teneur suivante :

**« ARTICLE 1 : BUT**

La présente convention a pour but de régler :

1. Les procédures d'estimations d'honoraires, de collaboration et de contrôle par le médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale vaudoise (*Policlinique médicale universitaire désignée ci-après par : MC*).
2. La procédure de remboursement par le régime des prestations complémentaires à l'AVS/AI et/ou les régimes d'action sociale de l'Etat de Vaud des frais de traitement dentaire directement au médecin-dentiste traitant (*ci-après désigné par : MD*) (système du tiers payant).

**ARTICLE 2 : CHAMP D'APPLICATION — DEVIS**

Les frais de traitement dentaire qui dépassent Fr. 2'000 [note réd. : tracé et remplacé par 500.-] pour les PC et Fr. 500.- pour l'AS en 2007 sont soumis obligatoirement à la présentation d'un devis pour approbation par le MC ; pour les années subséquentes, l'article 12 est réservé.

Les soins d'urgence et les soins de prophylaxie ne sont pas soumis à la présentation préalable d'un devis.

Les devis présentés doivent obligatoirement comporter le détail des soins donnés à la valeur du point LAA ainsi que les numéros des dents concernées.

Les soins dentaires supérieurs à Fr. 2'000.- [note réd.: tracé et remplacé par 500.-], respectivement Fr. 500.-, qui n'ont pas fait l'objet d'un devis accepté ne peuvent donner lieu à un paiement de tiers payant. Ces soins dentaires seront totalement ou partiellement remboursés directement en main du patient après approbation par le MC.

### **ARTICLE 3 : APPLICATION DU RÉFÉRENTIEL**

Le devis soumis par le MD ne peut comporter que des prestations figurant dans le référentiel des prestations dentaires, annexé à la présente comme partie intégrante de la convention.

Hormis pour les soins d'urgence, si le MD envisage un traitement hors référentiel, celui-ci doit adresser un devis au service concerné avec mention « Hors référentiel ».

### **ARTICLE 4 : DÉCISION DU MÉDECIN-DENTISTE CONSEIL**

A réception du devis de traitement dentaire, le service concerné (CCAVS, SASH ou SPAS et autorités d'application du RI) le soumet à l'avis du MC. Celui-ci expertise le dossier et transmet sa détermination audit service.

Pour fonder sa détermination, le MC peut, le cas échéant, convoquer le patient pour examiner et déterminer, dans un délai de deux mois à dater de la réception du devis par le MC :

1. La conformité du devis aux besoins thérapeutiques du patient.
2. La conformité des prestations proposées avec les dispositions du référentiel.

Le MC peut proposer au MD des modifications de devis ou demander l'établissement d'un devis conforme au référentiel.

Sur demande du MC, le MD doit fournir à tout moment les éléments du dossier relatifs au devis ou au traitement effectué.

En cas de contestation, le MC peut fournir une deuxième détermination motivée et transmettre le dossier à la commission des litiges dont la composition est réglée à l'art. 7 de la présente convention. L'avis de la commission des litiges est sans appel.

[...]

### **ARTICLE 9 : DURÉE ET DÉNONCIATION**

La présente convention entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2007.

La convention est signée pour une année civile et est reconduite tacitement si elle n'est pas dénoncée par l'une ou l'autre des parties pour la fin d'une année civile, moyennant un délai de six mois.

La dénonciation de la convention vaut renoncement au tiers payant ».

**c)** Conformément au chiffre marginal 5220.01 de la Directive de l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales) concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC), les frais de maladie et d'invalidité doivent avoir été générés par l'ayant droit aux PC lui-même ou des assurés pris en compte dans le calcul de la PC annuel - ce qui est le

cas du recourant. Les frais de maladie ou d'invalidité de membres de la famille qui n'interviennent pas dans le calcul de la PC annuelle sont ignorés.

**4.** En l'occurrence, le recourant fait valoir que deux formulaires distincts ont été complétés, et qu'aux termes du chiffre 1 de celui qu'il a fait remplir par son dentiste traitant, le Dr C.\_\_\_\_\_, il réunit les conditions de gravité devant conduire à la prise en charge de son traitement orthodontique par les PCG.

On rappellera en premier lieu qu'il n'est pas contesté que le chiffre 2 du formulaire complété le 7 mai 2013 par le Dr C.\_\_\_\_\_ ne correspond pas à la problématique de l'intéressé. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a du reste complété un nouveau formulaire le 17 décembre 2013, en cochant cette fois la première anomalie de la liste.

Cela étant, et quoi qu'en dise le dentiste traitant du recourant, le Dr B.\_\_\_\_\_ a bien examiné le cas de H.\_\_\_\_\_ à la lumière du chiffre 1 de l'annexe aux Normes RI 5/ ch. 5.7, à savoir celui complété le 7 mai 2013, puis le 17 décembre 2013 par le Dr C.\_\_\_\_\_. Selon le rapport du 13 janvier 2014 du Dr B.\_\_\_\_\_, le formulaire mentionné est bien le formulaire « IG Version 5/ ch. 5.7 ». En outre, le Dr B.\_\_\_\_\_ a repris dans son rapport du 13 janvier 2014 la définition figurant dans ledit formulaire, en indiquant que l'indice de gravité n° 1 n'était pas rempli, « l'articulé croisé frontal d'au moins trois dents permanentes antérieures [n'existant] pas ». Le Dr B.\_\_\_\_\_ n'a ainsi pas subordonné son appréciation à la présence d'un « articulé croisé frontal d'au moins trois dents permanentes antérieures *supérieures* », comme le soutient le Dr C.\_\_\_\_\_.

Dans la mesure où le Dr B.\_\_\_\_\_ a examiné le cas de l'assuré à trois reprises, en ayant à disposition l'entier de la documentation idoine, qu'il s'est au demeurant adjoint les services du médecin-dentiste conseil de l'Al lors de son deuxième examen du cas, et qu'il n'est finalement contredit que par le Dr C.\_\_\_\_\_, lequel fonde son argumentation sur des motifs d'ordre essentiellement formels, qui ne sont

toutefois pas problématiques en l'espèce, ainsi qu'on l'a vu, c'est à juste titre que la caisse s'est fondée sur l'avis du médecin-dentiste conseil de l'administration pour statuer. Ce dernier a au demeurant procédé conformément à la procédure prévue dans la convention concernant les traitements dentaires du 26 mars 2007, en particulier son art. 4.

Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit que la caisse a refusé d'entrer en matière sur la demande de prise en charge du traitement d'orthodontie du recourant, faute pour lui de remplir entièrement les conditions de l'anomalie n° 1 (quelle que soit la version de ce formulaire).

**5. a)** Le recours, mal fondé, doit dès lors être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition du 25 février 2014.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, vu l'issue du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, et art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la juge unique  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 25 février 2014 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation, soit pour elle l'Agence communale d'assurances sociales de [...], est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- J. \_\_\_\_\_ (pour le compte de son fils H. \_\_\_\_\_), à [...],
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, à Clarens,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :