

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 juillet 2023

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Neu et Mme Pasche, juges  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

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

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 1<sup>er</sup> septembre 19[...], titulaire d'un brevet fédéral de spécialiste en relations publiques et d'un certificat cantonal d'aptitudes pour licence d'établissement, a travaillé en qualité de directrice pour A.\_\_\_\_\_ SA du 1<sup>er</sup> mai 2010 au 31 décembre 2016, date de la résiliation des rapports de travail.

Le 7 juillet 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente et de mesures de réadaptation professionnelle. Elle a indiqué dans sa demande souffrir d'un « *psychotraumatisme* » à la suite à son licenciement.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès de la Dre B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 18 février 2018), laquelle suivait l'assurée depuis 1995 pour des épisodes dépressifs récurrents.

Il a aussi recueilli le dossier de F.\_\_\_\_\_ SA, assureur perte de gain en cas de maladie de A.\_\_\_\_\_ SA, lequel contenait un rapport d'expertise du 5 mars 2018 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin retenait les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - d'épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), actuellement en rémission partielle, et de symptomatologie dépressive moyenne au moment de l'expertise, avec syndrome somatique (F33.11), dans le contexte d'une assurée fragile ayant déjà connu une décompensation psychotique par le passé, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56) et d'accentuation de certains traits de la personnalité (traits de la personnalité psychotique, actuellement non décompensés depuis 2000 [Z73.1]). Il a estimé que l'assurée présentait, au jour de l'expertise, une capacité de travail de 50 % et qu'elle devrait recouvrer une pleine capacité de travail dans une

activité adaptée (emploi avec moins de responsabilités et moins de stress), voire dans l'activité habituelle dès le 1<sup>er</sup> juin 2018.

L'OAI a recueilli de nouveaux renseignements auprès de la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a indiqué, dans un rapport du 16 juillet 2019, qu'elle assurait un suivi toutes les trois semaines, indiquant que sa patiente était à la recherche active d'un emploi. Selon la psychiatre traitante, l'assurée présentait des symptômes dépressifs moyens sous médication de fluoxétine (40mg/jour). La Dre C.\_\_\_\_\_ était réservée sur une capacité de travail à 100 %, envisageant plutôt une activité à raison de 5 heures par jour.

Interrogée par l'OAI, l'assurée a indiqué le 4 octobre 2019 qu'elle était inscrite au chômage à 100 % et que son incapacité de travail avait pris fin le 15 février 2019.

L'OAI a ensuite soumis le cas de l'assurée au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), lequel a retenu, dans un avis du 22 octobre 2019 du Dr D.\_\_\_\_\_, que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (atteinte principale à la santé), ainsi que des troubles alimentaires et des troubles de la personnalité (pathologies associées). L'assurée avait subi des incapacités de travail de 100 % du 14 novembre 2016 au 30 septembre 2017, de 50 % du 1<sup>er</sup> octobre 2017 au 31 décembre 2018 et de 100 % du 1<sup>er</sup> janvier au 15 février 2019, puis recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 16 février 2019.

Par décision du 16 janvier 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2018 et une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mai 2019. Cette décision est entrée en force.

**B.** Le 5 octobre 2022, R.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI dans laquelle elle a indiqué souffrir de dépression. A l'appui de sa demande, elle a produit un rapport du 30 septembre 2022 du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie, lequel a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis le mois d'août 2021. Il a diagnostiqué un état dépressif sévère. Des perturbations touchant les activités de la vie quotidienne, l'isolement relationnel très important et la protection de sa patiente, qualifiée de « *difficile à garantir* », avaient nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique de courte durée. Sur le plan du traitement, l'assurée bénéficiait d'un suivi et se trouvait sous médication de fluoxétine (20 mg/jour). Le psychiatre traitant a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au mois d'avril 2022, puis d'incapacités de travail de 80 % aux mois de mai et juin 2022 et de 70 % depuis le mois de juillet 2022.

Sollicité pour avis, le Dr D. \_\_\_\_\_ a fait savoir ce qui suit dans un compte rendu de la permanence SMR du 24 octobre 2022 :

Il y a probablement eu une aggravation. Cependant le psychiatre fait mention d'une rémission partielle et « l'absence de symptômes dépressifs significatifs persistants ». Nous avons le sentiment qu'il s'agit d'un contexte de recherches d'emploi difficile plus qu'une aggravation pérenne de l'état de santé.

Par décision du 23 janvier 2023, confirmant un projet de décision du 24 octobre 2022, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, au motif qu'il n'y avait pas de modification notable de sa situation.

**C.**           **a)** Par acte déposé le 23 février 2023, R. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 23 janvier 2023 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à son annulation. Elle s'est référée au rapport du 30 septembre 2022 de son psychiatre traitant, le Dr P. \_\_\_\_\_.

**b)** Dans sa réponse du 16 mars 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant au compte rendu de la permanence SMR du 24 octobre 2022.

**c)** Par écritures des 17 avril et 2 mai 2023, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives.

## **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 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 a pour objet la question de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 5 octobre 2022 par R.\_\_\_\_\_.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute

demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**b)** En l'occurrence, un éventuel droit de la recourante à une rente d'invalidité prendrait naissance au mois d'avril 2023, soit six mois après le dépôt de sa demande du 5 octobre 2022 (art. 29 al. 1 LAI). Ce sont donc les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022 qui s'appliquent.

**4. a)** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 consid. 3.1 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

**b)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière (TF 9C\_384/2021 du 25 avril 2022 consid. 3).

**c)** Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration

doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 ; 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100, p. 840 s.).

**d)** Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

**e)** On ajoutera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

**5. a)** En l'occurrence, l'office intimé a, par sa décision du 23 janvier 2023, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations d'invalidité déposée par la recourante le 5 octobre 2022. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision du 16 janvier 2020 entrée en force et la décision litigieuse du 23 janvier 2023, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'office intimé, jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée depuis la décision du 16 janvier 2020 - laquelle a donné lieu à un examen matériel du droit à la rente - en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrée en matière du 23 janvier 2023 et les circonstances qui prévalaient à l'époque de la décision du 16 janvier 2020.

**b)** A l'époque de la décision du 16 janvier 2020, le Dr D. \_\_\_\_\_ du SMR avait indiqué, dans un avis du 22 octobre 2019, que la recourante présentait un trouble dépressif récurrent avec un épisode alors moyen. Cette atteinte à la santé s'était temporairement répercutée sur la capacité de travail de la recourante entraînant des incapacités de travail de 100 % du 14 novembre 2016 au 30 septembre 2017, de 50 % du 1<sup>er</sup> octobre 2017 au 31 décembre 2018 et de 100 % du 1<sup>er</sup> janvier au 15 février 2019, avec une reprise à 100 % dans l'activité habituelle dès le 16 février 2019. Le Dr D. \_\_\_\_\_ s'était fondé sur le rapport d'expertise du 5 mars 2018 du Dr E. \_\_\_\_\_, sur les renseignements fournis par la Dre C. \_\_\_\_\_ dans un rapport du 16 juillet 2019 et sur les indications fournies par la recourante s'agissant de son inscription à l'assurance-chômage à un taux de 100 %.

Après avoir examiné la recourante, le Dr E. \_\_\_\_\_ avait décrit le status psychique en ces termes (rapport d'expertise du 5 mars 2018, p. 20, ch. VII.3) :

Intégrant l'ensemble du tableau clinique à l'examen clinique et au dossier médical disponible, l'expert retient un épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques, actuellement en

rémission partielle, réactionnel à un surinvestissement personnel au travail, à d'importantes pressions professionnelles et à une surcharge de travail selon l'anamnèse, situation ayant culminé par une ambiance professionnelle stressante, un conflit professionnel (rupture de contrat par convention avec un avocat) et par un licenciement vécu comme étant injuste. L'épisode dépressif est d'intensité moyenne actuellement avec syndrome somatique.

Mais il s'agit d'une personne fragile étant donné une décompensation psychotique dans le passé.

D'un point de vue purement psychiatrique, nous ne retenons pas actuellement de limitations fonctionnelles aussi significatives comme auparavant (ralentissement psychomoteur sévère, troubles de la concentration), mais il existe des symptômes dépressifs résiduels, un risque de rechute dépressive et un ralentissement psychomoteur modéré, dans le contexte de traits de la personnalité qui peuvent décompenser.

Appelée à informer l'intimé sur l'état de santé de sa patiente, la Dre C.\_\_\_\_\_ avait, quant à elle, posé, dans son rapport du 16 juillet 2019, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent (sans précision), de trouble alimentaire type anorexie/boulimie et de trouble de la personnalité de type borderline. Elle avait rappelé les antécédents médicaux de sa patiente, marqués par un suivi depuis son jeune âge par des psychiatres pour des troubles du comportement alimentaire types anorexie/boulimie, par plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique et par des états dépressifs récurrents avec des idées suicidaires. Elle avait mentionné une situation stable jusqu'en 2016, année du licenciement du A.\_\_\_\_\_ SA, suivi de nouveaux états de dépression et d'anxiété. La psychiatre traitante avait décrit une patiente projective et pessimiste, se plaignant de l'injustice subie en raison de son licenciement qualifié d'abusif par l'intéressée. Constatant l'absence de troubles du comportement alimentaire et d'idées suicidaires actuelles, la Dre C.\_\_\_\_\_ avait néanmoins observé des symptômes dépressifs moyens avec un sentiment de solitude, d'inutilité, de perte d'espoir, d'anhédonie, de tristesse et de perte de confiance en elle. Elle avait proposé la reprise d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiques (labilité de l'humeur, difficultés à gérer ses émotions, difficultés interpersonnelles et relationnelles, manque de confiance en soi) à raison de 5 heures par jour au début avec une probable reprise à 100 % par la suite.

Au terme de son avis du 22 octobre 2019, le Dr D. \_\_\_\_\_ retenait ce qui suit :

Depuis l'assurée s'est inscrite au chômage à 100%. La psychiatre décrit une personne encore moyennement déprimée pouvant travailler au mieux à 60 % mais sans aucune gêne dans les tâches quotidiennes (...) et avec une activité bénévole intense. Dans ces conditions, l'inscription à 100 % au chômage de l'assurée, encore moyennement déprimée, ne constitue pas un effort démesuré et met fin à la période d'incapacité en impliquant une CT totale.

c) A l'appui de sa nouvelle demande du 5 octobre 2022, la recourante a produit un rapport de son psychiatre traitant, le Dr P. \_\_\_\_\_, du 30 septembre 2022, faisant état d'un état dépressif sévère. Le status était décrit en ces termes :

Le status était marqué d'un ralentissement psychomoteur et d'une tristesse figée. L'accomplissement des activités de la vie quotidienne étant déjà perturbé, l'isolement relationnel très important et la protection de la patiente difficile à garantir, la situation avait motivé une hospitalisation en milieu psychiatrique. Le début de la prise en charge ambulatoire et cette hospitalisation de courte durée ont vraisemblablement apporté à la patiente quelques éléments d'espoir qui lui ont permis de s'investir et prendre soin d'elle-même à nouveau par la suite.

Le Dr P. \_\_\_\_\_, qui suit la recourante depuis le mois d'août 2021, a aussi apprécié la capacité de travail de sa patiente en ces termes :

Jusque-là, l'amélioration progressive décrite n'a pas montré de signes de retours en arrière ou d'arrêts. Cependant, compte-tenu qu'il s'agit du troisième épisode dépressif sévère médicalement documenté (le premier comportant des symptômes psychotiques), de sa durée sans traitement, de la situation générale de la patiente, de l'épuisement inévitable de ses ressources psychiques avec l'âge et de l'érosion des mécanismes défensifs de longue date, il ne peut être certain qu'une rémission complète clinique et un rétablissement du fonctionnement général puissent être atteints à moyen terme. Sur le plan professionnel, R. \_\_\_\_\_ se dit très motivée et il semble, en plus, qu'une éventuelle reprise d'activité constituerait un élément qui renforcerait les progrès cliniques. Toutefois, après une longue période sans activité professionnelle et compte-tenu des difficultés rencontrées dans le dernier poste, l'adaptation au monde du travail nécessitera probablement, même en l'absence de symptômes dépressifs significatifs persistants, une longue phase où les expériences quotidiennes devront être métabolisées et intégrées, à

l'intérieur d'un processus psychothérapeutique continu, induisant une réduction du temps d'activité exigible.

**d)** Sur le plan objectif, il apparaît ainsi que la recourante a subi une décompensation de son état de santé psychique durant le courant de l'année 2021 et que la situation semblait s'améliorer progressivement, sans toutefois qu'elle ait recouvré à ce jour une pleine et entière capacité de travail, dans un contexte de ressources psychiques qui apparaissaient entamées. La comparaison entre la situation qui prévalait lors de la première demande de prestation et la situation actuelle fait apparaître comme plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante sur le plan psychiatrique, dans un contexte de risque de rechute bien connu et mentionné par le Dr E. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 5 mars 2018.

Au regard de ces éléments objectifs, l'office intimé ne pouvait, nonobstant les propos de son service médical dans le compte rendu de la permanence SMR du 24 octobre 2022, refuser d'instruire la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante, la situation actuelle n'étant à l'évidence pas identique à celle qui prévalait à l'époque de la décision du 16 janvier 2020. Il convient de préciser par ailleurs que le raisonnement du Dr D. \_\_\_\_\_ du SMR, en tant qu'il repose sur « *le sentiment qu'il s'agit d'un contexte de recherches d'emploi difficile plus qu'une aggravation pérenne de l'état de santé* », ne peut pas être suivi, faute de reposer sur des éléments objectifs.

Aussi, c'est de manière contraire au droit fédéral que l'office intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante, si bien qu'il convient de renvoyer la cause à cet office afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations puis, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), mette en œuvre les mesures d'instruction idoines aux fins d'éclaircir la situation sur le plan psychiatrique.

**6. a)** Bien fondé, le recours doit par conséquent être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations de la recourante du 5 octobre 2022.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 21 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations de la recourante du 5 octobre 2022.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 (six cents) francs, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- R. \_\_\_\_\_ (recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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 :