

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 novembre 2023

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges  
Greffier : M. Dutoit

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat  
à Lausanne,

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. a)** D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 19[...], a été engagée en qualité d'employée de restauration à 100 % par [...] dès le 1<sup>er</sup> février 2008. A compter du 28 juillet 2008, elle assumait parallèlement une activité en tant que nettoyeuse auprès de [...] SA.

Le 9 décembre 2009, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité ensuite d'un accident de la circulation routière subi en juin 2009. Elle a notamment souffert d'une entorse du Lisfranc du pied droit et du ligament latéral externe de la cheville droite dont l'évolution a été marquée par un syndrome de Südeck (également appelé syndrome douloureux régional complexe [SDRC] ou algoneurodystrophie) (cf. rapport du 8 février 2010 des Drs N.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Les conséquences de l'évènement ont été prises en charge par son assureur-accidents, F.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : F.\_\_\_\_\_).

L'assurée ayant repris son emploi au [...] à 100 % dès le 28 décembre 2009, de même que son activité de nettoyeuse, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a refusé l'octroi de prestations par décision du 28 septembre 2010.

**b)** Le 12 novembre 2013, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI en faisant état de douleurs résiduelles invalidantes consécutives à l'entorse de la cheville droite.

Donnant suite à un arrêt de la Cour de céans rendu le 30 septembre 2013 (CASSO AA 36/12 - 88/2013), F.\_\_\_\_\_ a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du X.\_\_\_\_\_ (ci-après : le X.\_\_\_\_\_), en date du 2 mai 2014. A l'initiative commune du F.\_\_\_\_\_ et de l'OAI, une nouvelle expertise a été réalisée auprès du même centre. Dans leur rapport du 7 avril 2016, les experts ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'ancienne entorse de la cheville droite, d'ancienne algodystrophie du membre inférieur droit, d'ancienne

opération de Strayer à droite et d'ancienne thrombose veineuse profonde de la jambe gauche. S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu ceux d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique [recte : dysthymie], de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'ancienne excision à deux reprises d'un nodule de stéatonécrose de la jambe gauche, de céphalées et sensations vertigineuses sans substrat somatique, de rachialgies sans substrat neurologique, ainsi que de douleurs et troubles sensitifs des deux membres inférieurs sans substrat neurologique objectivable. En réponse aux questions de l'OAI, les spécialistes ont par ailleurs estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et totale dans une activité adaptée, soit évitant la station debout et les marches de longue durée.

Par décision du 21 février 2017, confirmant un projet du 16 novembre 2016, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente à l'assurée au motif que cette dernière présentait une pleine capacité de travail dès le 23 juillet 2014 dans une activité adaptée et que son degré d'invalidité n'était que de 1,02 %.

Par arrêt du 19 décembre 2018 (CASSO AI 106/17 - 368/2018), la Cour de céans a admis le recours interjeté par l'assurée contre la décision précitée et a renvoyé la cause à l'OAI pour un complément d'instruction sous la forme d'une expertise auprès du X.\_\_\_\_\_ en vue de déterminer l'éventuel caractère incapacitant du trouble somatoforme douloureux, puis nouvelle décision.

**c)** Dans un nouveau rapport d'expertise du X.\_\_\_\_\_ du 23 août 2019, les Drs C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, K.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont notamment retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant avec dysthymie associée, de douleurs musculo-tendineuses aux deux mollets avec des signes de tendinopathie modérés à discrets au

niveau du tendon d'Achille droit, de lombalgie commune sur spondylarthrose débutante et de status après entorse de la cheville droite compliquée d'une algoneurodystrophie de Sudeck. S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont estimé que l'assurée ne pouvait plus travailler exclusivement debout ni marcher plus de quinze à trente minutes ou porter des charges de plus de 5 kg. Une activité alternant les positions assise et debout, ainsi que la marche sur de courtes distances devait être privilégiée. Les terrains inégaux, comme la montée ou la descente d'escaliers, d'échelles ou d'escabeaux, devaient être évités, tout comme les activités à cadence soutenue. Les spécialistes ont conclu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide de cuisine, mais complète dans une activité adaptée. En outre, à l'occasion du volet orthopédique de l'expertise, le Dr C. \_\_\_\_\_ a constaté que les pieds de l'intéressée présentaient une déformation en hallux valgus débutant avec une pseudo exostose interne et dorsale douloureuse à la palpation.

Après avoir requis l'avis de son Service médical régional (SMR), l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente par décision du 14 juillet 2020, le taux d'invalidité étant de 6,23 %.

Le 28 août 2020, par acte de son mandataire, l'assurée a recouru contre la décision précitée devant la Cour de céans. Elle a fait valoir que son SDRC était toujours actif et entraînait une incapacité de travail totale depuis le 8 juin 2020, comme cela ressortait du rapport rédigé le 1<sup>er</sup> juillet 2020 par le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant. Ce dernier a retenu que la patiente souffrait depuis deux mois d'une péjoration de ses douleurs, la cheville droite prédominant, avec une atteinte inflammatoire des tendons, une atteinte dégénérative de l'articulation et une atteinte des ligaments internes, qui l'obligeait à se déplacer avec des cannes anglaises. La sévérité des plaintes motivait une incapacité de travail totale depuis le 8 juin 2020.

Par arrêt du 4 mai 2021 (CASSO AI 254/20 - 141/2021), la Cour de céans a rejeté le recours et a confirmé la décision précitée. Elle a retenu notamment qu'un rapport d'IRM établi le 9 juin 2020 par le Dr

H.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, produit à l'occasion d'une procédure distincte (cf. lettre B infra), et le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2020, ne permettaient pas de modifier l'appréciation médicale de la situation.

Par arrêt du 9 février 2022, le Tribunal fédéral a confirmé l'arrêt précité rendu par la Cour de céans (TF 9C\_335/2021).

**B.** Dans l'intervalle, par courrier du 3 août 2020 puis par formule officielle du 29 septembre 2020, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une aggravation de son état de santé depuis le 8 juin 2020. A l'occasion de cette procédure, elle a produit le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ établi le 9 juin 2020 et celui du Dr B.\_\_\_\_\_ rédigé le 1<sup>er</sup> juillet 2020.

Par projet de décision du 9 mai 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations au motif qu'aucun changement dans sa situation n'avait pu être constaté.

Le 18 mai 2022, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision précité. Réitérant ses arguments du 3 août 2020, elle a fait valoir en outre qu'une expertise était nécessaire.

Le 29 juillet 2022, l'assurée a déposé ses objections complémentaires et a produit un rapport du 14 juillet 2022 rédigé par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation. En réponse aux questions du mandataire de l'assurée, ce médecin a retenu le diagnostic de douleurs chroniques aux mollets des deux côtés, de status post ancienne entorse latérale de la cheville droite compliquée par un probable SDRC en 2009 « d'évolution semble-t-il favorable puis à nouveau défavorable récemment (examen non disponible ce jour) avec déconditionnement global jambes/chevilles/pieds », des métatarsalgies plus importantes à gauche qu'à droite sur pieds plats, une lombalgie chronique mécanique et un trouble anxiodépressif chronique.

Sur le plan des limitations fonctionnelles, il a considéré que l'intéressée présentait de multiples difficultés en lien avec les douleurs globales, la fatigue et le manque d'endurance. La marche et les activités ménagères étaient très limitées, exigeant l'aide d'une à deux cannes ou difficilement réalisables. Les douleurs aux membres inférieurs étaient au premier plan et constituaient le facteur limitant majeur de la station debout prolongée, assise prolongée, voire de la marche. En outre, le Dr S.\_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

*« 4. Pourriez-vous objectiver, décrire et préciser la sensible détérioration de l'état de santé de notre mandante postérieure au 14 juillet 2020 ?*

Il m'est difficile de me prononcer sur cette évolution, n'ayant pas suivi la patiente précédemment. Je peux par contre objectiver que la situation semble être chronique et que le potentiel d'amélioration médicale globale est très limité, de même pour les améliorations fonctionnelles. Aussi, il semble que les atteintes des membres inférieurs soient plus marquées et diffuses, accompagnées par les problématiques de chevilles, de pieds, les lombalgies ainsi que les troubles anxio-dépressifs.

*5. Quel est le pronostic ?*

Le pronostic est mauvais avec un risque majeur de chronicité et persistance probable des douleurs et limitations fonctionnelles actuelles. De ce fait, une reprise de travail semble difficile imaginer sur le court, moyen et long terme. »

Par décision du 15 août 2022, l'OAI a confirmé son projet du 9 mai précédent, dont il a repris la motivation. Par lettre explicative du même jour, il a estimé que la contestation de l'assurée n'avait apporté aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

**C.** Par acte du 16 septembre 2022, D.\_\_\_\_\_, sous la plume de son mandataire, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant sous suite de frais et dépens à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction. Elle a fait valoir que l'aggravation de son état de santé en comparaison de l'expertise réalisée en 2019 était rendue plausible par plusieurs rapports médicaux. Elle a soutenu que le rapport d'IRM du 9 juin 2020 établi par le Dr H.\_\_\_\_\_ mettait en évidence l'apparition d'un important foyer d'infiltration œdémateuse de la spongieuse distale, ainsi qu'une tendinopathie marquée du tendon du muscle jambier postérieur et des tendons des muscles long fléchisseur

commun des orteils. Elle a considéré que le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2020 démontrait une aggravation du SDRC causé par l'accident du mois de juin 2009, dont résultait une incapacité de travail totale depuis le 8 juin 2020. Elle a ajouté que l'aggravation était en outre étayée par le rapport établi le 14 juillet 2022 par le Dr S.\_\_\_\_\_, lequel retenait, à propos de l'atteinte à la cheville droite, une évolution qui semblait favorable puis à nouveau défavorable récemment.

Dans sa réponse du 21 novembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 8 décembre 2022, la recourante a maintenu ses conclusions.

### **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 refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 3 août 2020, singulièrement sur la question de savoir si cette dernière a rendu

plausible une aggravation de son état de santé qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la précédente décision au fond.

**3.** 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 antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que l'éventuelle modification déterminante date du 8 juin 2020.

**4. 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). 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)** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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]). 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 la personne assurée 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 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71)

**c)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), 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 la personne assurée 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. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

**d)** 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.** La décision rendue par l'intimé le 14 juillet 2020 a examiné au fond le droit à la rente de la recourante. Cette décision a été confirmée par

la Cour de céans (CASSO AI 254/20 - 141/2021), puis par le Tribunal fédéral. Ce dernier a retenu, à la suite de la juridiction cantonale, que les conclusions de l'expertise du X.\_\_\_\_\_ du 23 août 2019 étaient convaincantes (TF 9C\_335/2021 du 9 février 2022 consid. 6). Dès lors, la décision rendue par l'intimé le 14 juillet 2020 tient lieu de point de départ pour apprécier si l'intéressée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

**a)** La recourante fait valoir que l'aggravation de son état de santé depuis le 8 juin 2020 est rendue plausible par plusieurs rapports médicaux. A l'appui de sa demande de prestations du 3 août 2020, elle a versé au dossier les appréciations des Drs H.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ (respectivement du 9 juin et du 1<sup>er</sup> juillet 2020).

Or ces rapports ont été produits dans deux procédures distinctes. Ils ont été versés au dossier lors de la troisième demande de prestations, le 3 août 2020. En parallèle, ils ont appuyé le recours contre la décision de l'OAI du 14 juillet précédent, consécutive à la deuxième demande de prestations. Dans la mesure où ils sont antérieurs à la décision précitée, la Cour de céans en a tenu compte à cette occasion (CASSO 254/20 - 141/2021 du 4 mai 2021 consid. 4b). Ils ne sont donc pas nouveaux. Du reste, à l'instar de l'OAI, puis du Tribunal cantonal vaudois, le Tribunal fédéral a retenu que ces rapports ne permettaient pas de modifier l'appréciation médicale de la situation (TF 9C\_335/2021 du 9 février 2022 consid. 6.2). Il convient par conséquent de les écarter d'emblée.

**b)** La recourante a ensuite produit le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ établi le 14 juillet 2022.

A cet égard, il convient de constater que les douleurs chroniques des mollets, les métatarsalgies, la lombalgie et le trouble anxiodépressif chronique mentionnés par le Dr S.\_\_\_\_\_ ne sont pas de nouvelles atteintes à la santé. Au contraire, ces éléments médicaux ont fait l'objet d'examen circonstanciés par les Drs C.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_,

L.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ lors de la précédente demande de prestations (cf. rapport du X.\_\_\_\_\_ du 23 août 2019).

Au demeurant, sur le plan diagnostic, la recourante s'appuie sur le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ pour justifier une aggravation de son invalidité sous l'angle de sa cheville droite uniquement, faisant valoir que ce médecin a retenu un status post ancienne entorse latérale compliquée par un probable SDRC en 2009 « d'évolution semble-t-il favorable puis à nouveau défavorable récemment ». S'agissant de cette atteinte, il convient tout d'abord de relever qu'elle n'est pas nouvelle, le rapport du X.\_\_\_\_\_ du 23 août 2019 constatant déjà un status après entorse de la cheville droite compliquée d'une algoneurodystrophie de Sudeck. De surcroît, aucun élément médical objectif venant expliciter en quoi l'évolution serait significativement défavorable n'est avancé. Au contraire, en considérant « qu'il lui est difficile de se prononcer sur cette évolution, n'ayant pas suivi la patiente précédemment » et estimant qu'il « semble que les atteintes des membres inférieurs soient plus marquées et diffuses », le Dr S.\_\_\_\_\_ se limite à de prudentes suppositions.

A cela s'ajoute que du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). En l'espèce, les limitations fonctionnelles rapportées par le Dr S.\_\_\_\_\_ concernent la station debout prolongée, assise prolongée, voire la marche. Le tableau est ainsi largement superposable à celui retenu par les experts du X.\_\_\_\_\_ le 7 avril 2016, puis le 23 août 2019.

Pour le surplus, il convient encore de relever qu'un pronostic défavorable et un risque majeur de chronicité présuppose une aggravation à futur et non une péjoration effective de l'atteinte à la santé. Ces éléments ne sont donc pas pertinents pour apprécier l'invalidité actuelle de la recourante.

En définitive, il sied de constater que le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ du 14 juillet 2022 n'est pas susceptible de rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante.

**c)** A la lumière de ce qui précède, il convient de se rallier à l'appréciation de l'intimé pour conclure que la recourante n'a pas produit d'éléments susceptibles de rendre plausible une modification significative de sa situation, laquelle serait de nature à entraîner le réexamen au fond de son droit aux prestations dans le sens requis par l'art. 87 al. 2 RAI. L'intimé était donc fondé à prononcer le refus d'entrer en matière querellé.

**6.** Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 15 août 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de D.\_\_\_\_\_.

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

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour D.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :