

VD_GERICHTE ZD19.007250 vom 5. Mai 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-05-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.007250

FR: VD_GERICHTE ZD19.007250 du 5 mai 2020

IT: VD_GERICHTE ZD19.007250 del 5 maggio 2020

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 65/19 - 138/2020 ZD19.007250 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 5 mai 2020 _____ Composition : M. MÉTRAL, président Mme Durussel, juge, et Mme Pelletier, assesseure, Greffière : Mme Neyroud ***** Cause pendante entre : L. _____, à [...], recourant, représenté par Me Benjamin Schwab, avocat à Vevey, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI ; art. 88a RAI 402

- 2 - E n f a i t : A. a) L. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], 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), le 2 septembre 2008, au motif qu'il souffrait de diverses atteintes, notamment d'une dépression, de diabète, ainsi que d'une cardiopathie ischémique sur maladie coronarienne tri-tronculaire, laquelle était à l'origine de ses principales difficultés. Il a notamment été victime d'un infarctus du myocarde antéro-inférieur en janvier 2008, puis a subi deux angioplasties avec mise en place des stents entre janvier et février 2008. Le 7 juin 2008, il a encore subi une coronarographie. Par décision du 21 juillet 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1er septembre 2007 au 30 juin 2009. L'assuré a porté cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal qui a, dans un arrêt du 25 novembre 2009 (AI 300/09 – 401/2009), renvoyé la cause à l'OAI pour nouvelle décision en raison d'un vice de forme. b) A nouveau saisi de la cause, l'OAI a interpellé le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, lequel a, dans un rapport du 6 septembre 2010, constaté une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire, régulière et sans stress (cf. également rapport du 7 octobre 2011). Selon une note de suivi, le Dr M. _____ a indiqué à l'OAI le 30 novembre 2011, qu'il avait peut-être exagéré en estimant que l'assuré pouvait travailler entre 70 et 80 %. Peut-être aurait-il dû mentionner une capacité de travail de l'ordre de 50 ou 60 %. Cela étant, diverses mesures ont été mises en œuvre en vue d'un reclassement professionnel de l'assuré. L'OAI y a cependant mis un terme au mois de février 2013 après que l'assuré a exprimé son refus de poursuivre le projet de réinsertion. La procédure de sommation

- 3 - préalablement initiée a été vaine. Le taux d'invalidité de l'intéressé a dès lors été évalué comme si ces mesures avaient été menées à terme, en tant compte d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée. Un projet de décision du 22 novembre 2013 a été notifié à l'assuré. Faisant part de ses objections dans un envoi du 6 janvier 2014, l'assuré a indiqué qu'il avait fait l'objet de diverses opérations en octobre 2012, juin et juillet 2013, une prochaine intervention étant encore prévue en début d'année 2014. Interpellé par l'OAI,

le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, a confirmé, dans un rapport du 23 mars 2014, que l'assuré avait subi des angioplasties coronariennes itératives entre 2012 et 2013. Ce médecin a en outre estimé que l'intéressé présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité ne nécessitant pas d'efforts physiques, compte tenu d'une dyspnée de stade II, d'une fatigabilité et d'une claudication IIb. Dans un même temps, le Dr M. _____ a établi plusieurs certificats médicaux attestant d'une incapacité totale de travail. Le 16 juillet 2014, il a été procédé à une nouvelle angioplastie percutanée avec pose de stent sur l'artère iliaque externe droite. Une coronarographie réalisée le 14 octobre 2014 a par ailleurs conduit les médecins traitants à poser une indication opératoire pour un triple pontage aorto-coronarien (cf. rapport établi le 4 novembre 2014 par le Dr [...], spécialiste en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique). Cette intervention a été pratiquée le 16 décembre 2014. Dans un rapport du 26 décembre 2014, la Dre C. _____, spécialiste en angiologie, a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail nulle en raison de son atteinte vasculaire, ce dont le Dr M. _____ a également attesté dans un rapport du 8 janvier 2015. Le Dr N. _____ a quant à lui fait état d'une capacité résiduelle de travail n'excédant pas 50 % dans une activité adaptée (cf. rapport du 26 octobre 2015). Une nouvelle angioplastie avec pose de stent au niveau de l'artère iliaque externe a été réalisée le 10 août 2016.

- 4 - Par rapport adressé le 23 janvier 2017 à l'OAI, le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de personnalité affective (F34.0), de modification durable de la personnalité après une affection cardio-vasculaire grave (F62.0) et de difficulté d'adaptation à nouvelle étape de vie (Z60.31). Il a par ailleurs estimé que les répercussions psycho-comportementales et émotionnelles de l'affection cardio-vasculaire n'étaient pas compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle. c) A ce stade, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire dont il a confié la réalisation au Centre [...] (ci-après : Centre D. _____). A teneur de leur rapport du 20 décembre 2017, les Drs S. _____, spécialiste en médecine interne générale, et R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics incapacitants de diabète insulino-requérant depuis juin 2007, d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, de triple pontage aorto-coronarien et d'insuffisance cardiaque sévère. Sur le plan psychiatrique, ils ont retenu une dysthymie (F34.1) n'impactant pas la capacité de travail. Cela étant, ils ont estimé que l'assuré disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50 % depuis le mois de mai 2008, puis qu'une péjoration progressive avec plusieurs épisodes de décompensation cardiaque avait conduit à une incapacité totale dès le mois d'octobre 2014, eu égard à une dyspnée au moindre effort avec risque de décompensation cardiaque. Leurs conclusions ont été reprises par la Dre [...] du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) dans un avis du 12 janvier 2018. d) Par projet de décision du 16 janvier 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2007 au 30 juin 2009, puis un trois quarts de rente du 1er juillet 2009 au 31 décembre 2014 et enfin, à nouveau une rente entière dès le 1er janvier 2015.

- 5 - Par courrier du 3 avril 2018 complété le 22 mai 2018, l'assuré, sous la plume de son conseil, a contesté ce projet en tant qu'il retenait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée du 1er juillet 2009 au 31 décembre 2014 et ne se référait pas au rapport d'expertise du 20 décembre 2017. Il ressort d'un avis juriste établi le 6 juillet 2018 que l'OAI s'est écarté des conclusions de l'expertise précitée s'agissant des dates de début de

l'incapacité de travail durable et de recouvrement d'une capacité de 50 %, celles retenues étant favorables à l'assuré et correspondant à des prestations d'ores et déjà versées. Par décision du 15 janvier 2019, l'OAI a confirmé le projet de décision du 16 janvier 2018 dont il a repris la motivation. B. Par acte du 14 février 2019, L. _____, représenté par Me Benjamin Schwab, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2007, sans diminution ultérieure, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI. En substance, il a estimé que l'OAI avait violé son droit d'être entendu en n'indiquant pas dans la décision pour quels motifs il avait réduit les prestations à un trois quart de rente dès le 1er juillet 2009. Il a par ailleurs fait grief à l'intimé de n'avoir pas requis de complément d'expertise en vue de déterminer plus précisément l'évolution de sa capacité de travail entre mai 2008 et octobre 2014. Enfin, il a contesté l'échelonnement de la rente, qui découlait selon lui d'une application erronée de l'art. 88bis al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), étant relevé qu'il n'avait commis aucune violation de l'obligation de renseigner. Dans sa réponse du 20 mars 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours.

- 6 - 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, singulièrement sur la question de son droit à la rente entre le 1er juillet 2009 et le 31 décembre 2014, étant relevé qu'une rente entière lui a été octroyée du 1er septembre 2007 au 30 juin 2009, puis à compter du 1er janvier 2015. 3. a) Dans un premier grief d'ordre formel, le recourant reproche à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu en n'indiquant pas dans la décision pour quels motifs il avait réduit les prestations à un trois quart de rente dès le 1er juillet 2009. b) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que

- 7 - l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation

présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). c) En l'occurrence, le grief d'une violation du droit d'être entendu soulevé par le recourant est mal fondé. Il ressort en effet de la correspondance adressée le 22 mai 2018 par le conseil du recourant à l'intimé que celui-ci savait parfaitement que l'OAI se référerait, pour la période pendant laquelle il ne lui reconnaissait qu'un trois quart de rente, aux constatations des experts du Centre D._____ et qu'il avait calculé le taux d'invalidité en prenant en considération une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée. Il est vrai que l'OAI aurait pu préciser qu'il renonçait à revenir sur l'octroi d'une rente entière pour la période du 1er septembre 2007 au 30 juin 2009 dès lors que cette rente avait déjà été versée en dépit de l'annulation de la décision du 20 juillet 2009 et que les dates retenue étaient favorables à l'assuré. Toutefois, l'absence de cette précision ne justifie pas le constat d'une violation du droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision litigieuse. 3. a) Cela étant, il convient d'examiner le bien-fondé de la décision rendue le 15 janvier 2019 par l'intimé, octroyant au recourant une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2007 au 30 juin 2009, puis un trois-quarts de rente du 1er juillet 2009 au 31 décembre 2014 et enfin, à nouveau une rente entière dès le 1er janvier 2015.

- 8 - b) Le bien-fondé d'une telle décision doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente par une application analogique de l'art. 17 al. 1 LPGA (TF 9C_763/2013 du 12 février 2014 consid. 2 et les références citées). Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif – comme c'est le cas en l'espèce –, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2, 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_344/2010 du 1er février 2011 consid. 4.2 et 9C_266/2010 du 8 octobre 2010 consid. 3.3). En revanche, l'art. 88bis RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.2 ; TFA I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). 4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever

- 9 - d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi- rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 LAI). b) 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). c) 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

- 10 - 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). 5. a) En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du Centre D._____ du 20 décembre 2017, pour retenir que le recourant disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50 % depuis le mois de mai 2008, mais présentait une incapacité totale dès le mois d'octobre 2014 en raison d'une péjoration progressive de son état de santé avec plusieurs épisodes de décompensation cardiaque. Cette expertise 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. b) En ce qui concerne le grief du recourant relatif à la nécessité de compléter l'expertise en vue d'établir plus précisément l'évolution de la capacité de travail du recourant entre mai 2008 et octobre 2014, il est mal fondé. Il est vrai que les experts sont restés relativement vagues sur ce point. On voit toutefois mal qu'il leur soit possible de se déterminer plus précisément, a posteriori, de manière probante. A ce stade, l'évolution de l'état de santé du recourant ne peut être déterminée qu'à l'aune des documents médicaux au dossier. Or, dans son rapport du 7 octobre 2011, le Dr M._____ a estimé la capacité de travail du recourant à 70 – 80 % dans une activité adaptée. En novembre 2011, lors d'un entretien téléphonique avec les responsables d'un stage, il a admis avoir peut être surestimé cette capacité de travail, mais a toutefois retenu une exigibilité à hauteur de 50 – 60 %. A la suite des interventions pratiquées en 2012 et 2013, le Dr M._____ a certes attesté de périodes d'incapacité de travail totale, néanmoins les certificats médicaux établis à cette occasion ne sont nullement détaillés. Par ailleurs, le Dr N._____ a estimé le 14 mars 2014 encore qu'il demeurait

une

- 11 - capacité résiduelle de 50 % dans une activité ne nécessitant pas d'efforts physiques, compte tenu d'une dyspnée de stade II, d'une fatigabilité et d'une claudication IIb. Il est vrai que ce médecin a par la suite continué à attester une telle capacité de travail en 2015, contrairement à l'avis des experts. Il n'en reste pas moins qu'au vu des pièces au dossier, il n'est pas possible de constater, au degré de la vraisemblance prépondérante, une incapacité de travail durable de plus de 50 % entre mai 2008 et octobre 2014. Un complément d'expertise au stade de la procédure judiciaire n'apporterait aucun élément probant nouveau sur ce point. Il apparaît que l'instruction du dossier permet de statuer en toute connaissance de cause sur le droit à la rente du recourant, de sorte qu'on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une nouvelle expertise pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire, avec en sus toutes les difficultés liées à l'écoulement du temps. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). c) Enfin, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas fait application de l'art. 88bis al. 2 RAI, dès lors que cette disposition n'est pas applicable lorsque l'OAI alloue une rente échelonnée dans le temps avec effet rétroactif. Cette disposition ne trouve application que lorsque l'OAI modifie des prestations en cours, après que celles-ci ont fait l'objet d'une décision entrée en force (cf. consid. 3b supra). Dans ce contexte, on observera que la décision du 20 juillet 2009 n'est pas entrée en force, puisqu'elle a été annulée sur le recours de l'assuré. L'OAI a choisi d'allouer à nouveau une rente entière pour la période courant jusqu'au 30 juin 2009 au motif que cette rente avait en réalité déjà été versée. Le point de savoir s'il aurait dû en décider autrement compte tenu des constatations des experts – qui ont retenu une capacité de travail de 50 % dès le mois de mai 2008 – peut

- 12 - être laissé ouvert. En effet, il conviendrait, quoi qu'il en soit de renoncer à une reformatio in pejus au vu des imprécisions inévitablement liées à l'appréciation a posteriori de l'évolution de la capacité de travail d'un assuré, pour une période remontant à plusieurs années. 6. Pour le surplus, le recourant ne conteste pas la comparaison des revenus telle qu'elle a été pratiquée par l'OAI, laquelle n'apparaît au demeurant pas critiquable. Dans cette mesure, il ne sera pas revenu sur cette question. 7. a) En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant 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 janvier 2019 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 du recourant.

- 13 - Le président : La greffière :

- 14 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Benjamin Schwab (pour L. _____) ; - 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). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.