

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 août 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Neu et Mme Pasche
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 18 septembre 1949, ressortissant de Bosnie au bénéficiaire d'un permis d'établissement, sans formation, a déposé le 14 novembre 2005 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) pour des douleurs à la colonne vertébrale et aux épaules, ainsi que pour une tumeur bénigne surrenale.

Le questionnaire complété le 6 décembre 2005 par U._____, l'ancien employeur de l'assuré, mentionne que ce dernier a travaillé du 21 janvier 2002 au 8 avril 2005 (fin de mission) comme manœuvre, pour un salaire horaire de 30 fr. 98.

Dans un rapport du 4 avril 2005, la Dresse S._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué des troubles statiques et dégénératifs du rachis cervical et lombaire, ainsi qu'un trouble douloureux. Elle a mentionné en outre ce qui suit :

« La discussion est extrêmement difficile, car d'emblée, Monsieur J._____ me signale qu'il n'en peut plus et qu'il ne retournera plus travailler, qu'il estime en avoir suffisamment fait, quelles qu'en soient les répercussions. Il est quasiment impossible d'évoquer un traitement.

Il présente en effet des troubles statiques et dégénératifs des rachis cervical et lombaire, ainsi qu'un trouble douloureux, certainement favorisé par les découvertes de médecine interne, et l'insécurité que cela génère. Sur le plan rhumatologique pur, un traitement d'antalgiques et d'AINS devrait débiter, ainsi qu'un traitement de physiothérapie, mais avec un pronostic tout à fait mauvais. J'ai évoqué la possibilité d'un état dépressif en rapport avec la situation, ceci paraît difficile à entendre. Je n'ai pas certifié d'incapacité de travail, en priant le patient de revoir cela avec vous. Il est vrai que ce serait justifié pour essayer d'entreprendre un traitement de physiothérapie correct, mais qu'il est à craindre que l'activité ne soit jamais reprise et, en effet, quelles qu'en soient les conséquences. »

Dans un rapport du 10 juin 2005, le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie à l'hôpital d' [...], a indiqué que l'assuré avait séjourné dans le service de traitement et de réadaptation de

cet établissement du 23 mai au 10 juin 2005. Il a posé le diagnostic de cervico-brachialgies et de lombosciatalgies droites et a mentionné notamment ce qui suit :

« Traitement et évolution :

Comme convenu dans mon consilium du 13.05.2005, nous avons intégré ce patient, originaire de Bosnie, père de 3 enfants indépendants, manoeuvre de profession, dans notre programme de reconditionnement rachidien.

Comme on pouvait malheureusement s'y attendre, le patient n'a que très peu progressé en termes de mobilité et de douleurs malgré une prise en charge intensive et personnalisée.

Les cervico-brachialgies droites n'ont pas évolué alors que les lombosciatalgies se sont légèrement améliorées. Cependant, la cotation de la douleur globale reste toujours à 8 sur une EVA.

A noter que nous avons effectué un Scanner lombaire, qui démontre une petite hernie discale para-médiane et latérale droite en L4-L5. Cette pathologie discale, sans répercussion déficitaire, ne nécessite bien entendu pas d'intervention neurochirurgicale, mais constitue peut-être une des problématiques qui a déstabilisé le patient.

Au terme du séjour, je formulerais les remarques suivantes.

- Le patient refuse formellement de reprendre un quelconque travail compte tenu de son syndrome douloureux. Les douleurs s'ancrent partiellement dans une organicité (discopathies C5-C6, L1-L2, petite hernie discale L4-L5) mais la composante somatoforme est largement prédominante.

- Nous avons tenté de comprendre la situation au-delà des difficultés linguistiques notamment dans un entretien avec le frère du patient. Celui-ci nous signale que son frère a beaucoup changé sur le plan psychologique depuis 3 à 4 ans, qu'il présente de l'agressivité notamment envers son épouse et un certain désintérêt existentiel. Les découvertes médicales de 2004 (pulmonaire et surrénalienne) ont certainement déstabilisé plus encore la situation. Le patient se fixe sur une éventuelle sanction chirurgicale (concernant son nodule surrénalien) qui devrait être envisagée prochainement.

- On objective des cutanés plantaires en extension, sans autres signes pyramidaux. Il n'y a pas de trouble sphinctérien et notre observation confirme l'absence de limitation de la marche. Existerait-il une myélopathie cervicale, ce n'est pas exclu vu la spondylose postérieure en C5-C6. Faut-il l'investiguer? Il s'agirait d'effectuer une IRM dont le but serait essentiellement asséurologique; je serais donc tenté d'y renoncer.

- Nous sommes donc dans une impasse thérapeutique. Il serait certainement utile, pour le futur, que le patient soit vu par un psychiatre de sa nationalité, peut-être par le biais "d'Appartenance". Les motifs psychiatriques justifieront l'arrêt de travail à long terme au moins pour un 50%. »

Dans un rapport du 22 septembre 2005, le Dr N._____ a indiqué qu'une surrénalectomie droite avait été pratiquée le 8 septembre 2005, suite au diagnostic d'un adénome cortico-surrénalien droit sécrétant. Les suites postopératoires ayant rapidement été favorables, l'assuré avait pu regagner son domicile le 15 septembre 2005.

Dans un rapport du 12 décembre 2005, le Dr Z._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a diagnostiqué des cervico-brachialgies et des lombo-sciatalgies droites invalidantes, ayant des conséquences sur la capacité de travail de l'assuré. Il a diagnostiqué également, mais sans répercussion sur la capacité de travail, un status après surrénalectomie droite pour adénome le 8 septembre 2005, une BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) et une silicose asymptomatique. Il a mentionné ne pouvoir que constater l'invalidité de son patient, qui lui paraissait définitive, sans voir de reclassement professionnel possible chez ce manoeuvre en bâtiment de 56 ans.

Le 10 mai 2007, l'assuré a été examiné par la Dresse W._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), qui a mentionné notamment ce qui suit dans son rapport du 4 juin 2007 :

« DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail:
 - aucun sur le plan psychiatrique (Z 71.1)
- sans répercussion sur la capacité de travail:
 - épisode dépressif réactionnel d'intensité moyenne, avec syndrome somatique (F32.11)

APPRECIATION DU CAS

Il s'agit d'un assuré âgé de 58 ans, d'origine bosniaque, en Suisse depuis 1990. Sans formation professionnelle spécifique, l'assuré travaille dans des emplois non-qualifiés dans l'agriculture en Bosnie, puis essentiellement comme manoeuvre en Suisse, jusqu'à une fin de mission pour une entreprise temporaire en date du 8.04.05. L'arrêt de travail est justifié par une problématique douloureuse chronique, décrite par l'assuré comme un épuisement dû à l'usure de ses articulations, car en tant qu'employé non-qualifié qui ne parlait pas le français, l'assuré "a dû exercer tous les travaux lourds que personne ne voulait réaliser".

L'appréciation psychiatrique de ce jour met en évidence un assuré de bonne constitution psychique, dont l'intelligence est bien présente. Les explications qu'il donne concernant son atteinte à la

santé apparaissent comme sincères et crédibles. En effet, il est aisément envisageable que l'assuré se sente comme usé, voire épuisé par des travaux de force qu'il a exercés durant toute son existence. Le fait que ce sentiment d'usure "lui tombe sur le moral" est également aisément crédible et vraisemblable.

L'appréciation de ce jour nous montre effectivement une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne, qui peut parfaitement entrer dans un tableau de réaction face à des douleurs chroniques. Il ne s'agit pas au sens strict du terme d'un trouble somatoforme douloureux persistant, puisque durant l'entretien, l'assuré ne s'est presque pas plaint de ses douleurs; sa présentation est plutôt touchante, mais ne s'accompagne pas d'un sentiment de détresse. L'assuré ne sollicite pas le milieu médical d'une manière erronée.

L'appréciation de l'atteinte somatique à la santé n'est pas du ressort du psychiatre. Au cas où aucune atteinte somatique pouvant expliquer les douleurs ne serait mise en évidence, on pourrait évoquer une problématique douloureuse chronique apparentée au syndrome douloureux somatoforme persistant. A ce titre, l'assuré n'a pas de comorbidité psychiatrique en tant que telle, puisque la composante dépressive fait partie du tableau douloureux. Les affections corporelles chroniques ne sont pas du ressort de cet examen. Le processus maladif s'étend en tout cas depuis l'arrêt de travail d'avril 2005, sans rémission durable. Une perte d'intégration sociale n'est pas totale. On ne met pas en évidence clairement de profit primaire tiré de la maladie, mais plutôt un sentiment crédible d'épuisement. Il n'y a pas d'échec de traitement conforme aux règles de l'art, l'assuré se sentant soulagé mais d'une manière insuffisante par la médication prescrite.

En conclusion, cet assuré présente un tableau évocateur plutôt d'un épuisement de l'appareil locomoteur à la suite de nombreuses années de travaux de force, en étant livré aux intempéries. Il ne montre pas le profil caractéristique d'un syndrome douloureux chronique.

Les limitations fonctionnelles :

Aucune sur le plan psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?

L'assuré a mis fin à toute activité professionnelle le 8.04.05, pour des raisons de douleurs chroniques articulaires. Cet arrêt de travail n'est pas corrélé à une atteinte psychiatrique à la santé.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

L'assuré n'a plus repris d'activité professionnelle. Sa problématique douloureuse montre en tout cas une mobilisation algique cohérente et vraisemblable. Un épisode dépressif d'intensité moyenne accompagne ce tableau. L'atteinte psychiatrique est secondaire aux douleurs et à leurs conséquences sociales, elle n'a aucun caractère invalidant.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est strictement tributaire de l'appréciation somatique de l'état de santé de l'assuré. Sur le plan psychiatrique, elle est totale. »

Le 25 septembre 2007, l'assuré a été examiné par le Dr F._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation auprès du SMR, qui a posé, dans son rapport du 29 octobre 2007, les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail :

- cervicobrachialgies sur troubles statiques et dégénératifs (M54.2),
- lombosciatalgies droites avec syndrome irritatif L5 (M54.46).

Il a en outre posé les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail :

- status après ablation d'un adénome bénin de la glande surrénale droite,
- silicose pulmonaire,
- discours algique polymorphe dans un contexte d'amplification des plaintes.

Le Dr F._____ a estimé que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était nulle mais qu'elle était de 75% depuis le 1^{er} avril 2005 dans une activité adaptée. Il a également indiqué ce qui suit :

« Actuellement, l'assuré met en avant des douleurs constantes au niveau du rachis cervical avec irradiations au niveau des 2 membres supérieurs associées à des lombosciatalgies droites continues. En plus des symptômes algiques mis en avant sur le plan ostéoarticulaire, l'assuré décrit une gêne respiratoire en relation avec la silicose pulmonaire présentée et des douleurs en regard de la cicatrice d'ablation d'une tumeur bénigne de la surrénale droite. L'examen clinique met en évidence un assuré paraissant plus âgé que son âge, présentant une mine triste, ne s'exprimant pas en français, raison pour laquelle aussi bien l'anamnèse que l'examen clinique ont été effectués en présence d'un traducteur de langue serbo-croate. L'examen clinique frappe essentiellement par une attitude oppositionnelle lors de toute tentative de mobilisation touchant les ceintures scapulaires, les hanches et le rachis dans son ensemble, s'intégrant dans un processus de type non organique. Malgré ces phénomènes de non organicité, nous avons toutefois mis en évidence une symptomatologie radiculaire irritative sous la forme de points de Valleix positifs à droite associés à un Lasègue douteux. Sur le plan neurologique, une hypo-hyperesthésie touchant l'hémicorps droit dans son ensemble est décrite, avec un trouble de la pallesthésie à 4/8 en ce qui concerne le membre inférieur droit. Les documents radiologiques, qui n'ont pas été mis à notre disposition, mettent en évidence des troubles dégénératifs touchant le rachis cervical et lombaire (uncarthrose et discopathie C5-C6 sur le plan cervical). Au niveau lombaire, l'assuré présente des discopathies étagées avec trouble arthrosique postérieur associé à une hernie discale L4-L5 médiane/paramédiane droite au contact de la racine L5 selon l'interprétation du radiologue. Le reste de l'examen de médecine générale met en évidence un assuré qui présente une hypertension artérielle sans tachycardie

associée, à la mise en évidence de 5 signes sur 5 selon Waddell en faveur d'un processus de type non organique.

En conclusion: cet assuré âgé de 58 ans présente des troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire indéniables, mis en évidence par la documentation radiologique mise à disposition au dossier médical. L'examen clinique de ce jour met en évidence un assuré présentant des signes de non organicité avec une attitude oppositionnelle auxquels se surajoutent des signes en faveur d'une sciatgie L5 irritative. Dans ce contexte, une incapacité de travail totale dans son activité antérieure de manœuvre ou maçon est retenue.

Une activité adaptée est théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution du rendement de l'ordre de 25% au vu des troubles ostéoarticulaires présentés et des limitations fonctionnelles qu'ils induisent.

L'évaluation de la capacité de travail résiduelle ne tient pas compte du syndrome algique chronique apparenté à un syndrome d'amplification des plaintes ni de la pathologie pulmonaire présentée par l'assuré qui n'est pas de notre compétence.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 7.5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 40 min sans possibilité de varier la position assise/debout, pas de montée ou descente de marche à répétition, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis, pas de position accroupie ou en genuflexion. Pas de mouvement en antépulsion au delà de 60° à répétition et ponctuellement à 90°, pas de position statique prolongée du rachis cervical en flexion/extension ou en rotation droite/gauche. Pas d'exposition à des machines-outils réalisant des vibrations de 5 hertz ou plus. »

Le 12 février 2008, l'assuré s'est rendu pour un entretien à la division de réadaptation de l'AI. Il résulte du rapport du 16 avril 2008 de ce service que l'assuré se montre ambigu, car s'il souhaite retrouver une activité professionnelle, sans savoir laquelle, il met en même temps en avant ses problèmes de santé et d'âge (59 ans) pour soutenir qu'il est incapable de travailler. La division de réadaptation a estimé que l'assuré ne montrait pas de motivation particulière, mais sans refuser un stage. Selon ce rapport, l'assuré était en désaccord avec l'avis des médecins du SMR, affirmant que sa santé physique et psychique n'allait pas, qu'il était incapable de rester plus de 30 minutes assis, qu'il avait mal à toutes les articulations et qu'il devait toujours être en mouvement et se déplacer pour trouver une meilleure position. Il déclarait être très nerveux et parfois ne plus supporter personne. Par ailleurs, il ne s'exprimait pas en français et ne comprenait pas cette langue.

Un stage a dès lors été organisé du 28 avril au 18 juillet 2008 dans les ateliers [...], afin de mettre en évidence les limitations fonctionnelles et les aptitudes de l'assuré. Ce stage a toutefois été interrompu le 26 mai 2008 pour des raisons médicales, l'assuré ayant présenté un certificat médical du Dr C._____ attestant une incapacité de travail totale dès le 26 mai 2008.

Dans un rapport du 8 septembre 2008, le Dr C._____ a diagnostiqué des cervicobrachialgies et des lombosciatalgies droites invalidantes, ayant des conséquences sur la capacité de travail de son patient. Il a mentionné notamment, comme diagnostic sans incidence sur la capacité de travail, une silicose asymptomatique. Il a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et qu'il estimait nulle sa capacité de travail.

Dans un avis médical du 2 octobre 2008, le Dr P._____, spécialiste FMH en médecine interne générale au SMR, a relevé que le Dr C._____ justifiait l'incapacité de travail de l'assuré par des cervicobrachialgies et des lombosciatalgies qu'il qualifiait d'invalidantes. Or ces deux diagnostics faisaient partie de ceux retenus lors de l'examen rhumatologique d'octobre 2007. Le Dr C._____ mentionnant que le status de son patient restait inchangé, il s'agissait donc uniquement de l'appréciation différente d'une situation n'ayant pas évolué.

Dans un projet de décision du 26 novembre 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de rente, son taux d'invalidité s'élevant à 15%. L'assuré s'est opposé à cette décision le 10 janvier 2009, alléguant notamment des pertes de mémoire qui seraient apparues quelques semaines auparavant, ainsi que sa silicose, et contestant le montant retenu pour ses revenus avec et sans invalidité.

Dans un avis médical du 4 février 2009, le Dr P._____ a indiqué ce qui suit :

« Depuis notre dernier avis médical du 2 octobre 2008, les documents versés au dossier n'apportent aucun fait nouveau

susceptible de modifier les limitations fonctionnelles établies lors des examens SMR et l'exigibilité qui en découle. Le Dr C. _____ ayant déjà été interrogé sur les raisons médicales justifiant les arrêts maladies durant le stage de réadaptation. Les problèmes de mémoire allégués par l'assuré sont apparus depuis quelques semaines, ils n'étaient pas présents lors des examens SMR et ils n'ont bénéficié au jour de l'audition et aux dires de l'assuré d'aucun avis médical. La silicose annoncée par l'assuré était connue des médecins du SMR puisqu'elle était annoncée dans le courrier ENHV de septembre 2005 document GED 15. Dans la pièce GED 8, le Dr Z. _____ décrit la silicose comme asymptomatique et estime que ce problème est sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Il n'y a pas de raison de s'écarter de cette appréciation qui est aussi celle du Dr C. _____ RM 8 septembre 2008. La silicose pulmonaire a été aussi prise en compte dans l'appréciation du Dr F. _____. Nous estimons que l'exigibilité est inchangée depuis notre dernier avis médical. »

Un examen neuropsychologique de l'assuré a eu lieu le 23 janvier 2009 à sa demande. Il résulte ce qui suit du rapport établi par la Prof. X. _____, médecin chef à la Division autonome de neuropsychologie du [...]:

« COMPORTEMENT :

Examen effectué en serbo-croate avec le fils du patient comme traducteur. Patient partiellement orienté dans le temps, et correctement orienté dans l'espace et sur sa personne, à la collaboration partielle, ralenti, nosognosique. Le patient est passif, replié sur lui-même, avec un faciès triste, peu loquace, plutôt sur la défensive, un peu apathique, mais par moment impulsif et irritable. Spontanément, il mentionne des oublis d'objets, une tendance à se répéter, et une irritabilité accrue à cause de ses difficultés mnésiques. Sur demande, il rapporte également une baisse de la concentration, une fatigabilité accrue et un ralentissement, des difficultés à s'exprimer, un retrait social, une thymie passablement affaiblie: il dit se sentir triste, avoir l'impression qu'il va étouffer. En outre, il présente de fréquentes crises d'angoisse, une irritabilité accrue qui l'a amené à des scènes de violence avec sa famille (son fils notamment). Actuellement il serait abstinent au niveau OH depuis quelques semaines, mais selon ses dires, sa consommation journalière pouvait aller jusqu'à 5 à 10 bouteilles par jour (peut-être 5 à 10 bières par jour... je ne suis pas sûre qu'il ait bien compris la question). Actuellement c'est son fils qui gère les affaires administratives de la famille. Auparavant c'était son frère, le patient étant semblerait-il globalement illettré.

EVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

Comme expliqué lors de notre bref entretien, une bonne partie des tests ci-dessous n'a pas pu être effectuée dans des conditions optimales (difficultés langagières) et les résultats ne peuvent donc pas être interprétés avec nos normes usuelles. Par ailleurs, plusieurs petits signes laissent suspecter une tendance à la collaboration minimale (ne pas savoir sa date de naissance, puis la donner en se

trompant d'un jour, ne pas saisir la consigne d'un test d'inhibition simple après 4 essais en répétant 3x toptoptop, se dire incapable de copier un dessin simple).

Langage : le langage spontané est informatif et la compréhension d'ordres semi-complexes est bonne et celle des énoncés est généralement bonne également. La dénomination d'objets est réussie pour 9/10 objets mais une raquette de tennis ne peut être dénommée. L'écriture automatique (nom, prénom et adresse) est possible, par contre aucune phrase ne peut être produite (probable illettrisme).

Fonctions instrumentales (lecture, calcul, dessin) : Pas testables.

Fonctions praxiques : Les praxies idéomotrices et la réalisation de gestes sans signification sont globalement réussies.

Gnosies visuelles & somatognosie : La discrimination de figures enchevêtrées est réussie. Il n'y a pas d'extinction à la double stimulation visuelle. L'indication des parties du corps et la discrimination G/D sont satisfaisantes.

Fonctions mnésiques : En mémoire à court terme, l'empan verbal est déficitaire. En mémoire antérograde épisodique, l'apprentissage et le rappel différé d'une liste de 10 mots en serbo-croate donnent des scores respectifs de 3-5-6 = 14/30 en immédiat et 4/10 en différé à une demi-heure. En modalité visuospatiale, 4/5 visages sont reconnus avec 2FR à cinq minutes. La mémoire rétrograde sémantique semble perturbée à un sondage rapide sur des événements ayant touché la Serbie depuis la fin des années 80 (il lui est impossible de me dire si Milosevic est encore en vie ou pas).

Fonctions exécutives : La fluence verbale catégorielle est sévèrement déficitaire. La coordination réciproque est réussie. La consigne d'un test d'inhibition simple n'est pas comprise.

Réflexes et signes pathologiques : discret réflexe palmomentonnier, tendance à utiliser les objets.

CONCLUSION :

Ce bref pointage neuropsychologique chez un patient ralenti, à la collaboration partielle, met en évidence une probable baisse des fonctions cognitives, notamment mnésiques et exécutives. Une imagerie cérébrale permettrait sans doute de mettre en évidence plus objectivement les possibles lésions cérébrales engendrées par l'abus d'alcool. »

Dans un avis médical du 25 février 2009, le Dr P. _____ a relevé que cet examen retenait comme conclusion une collaboration partielle de l'assuré et des tests montrant un patient ralenti, sans qu'il fût précisé si des tests standardisés et validés dans la langue et la culture de l'assuré avaient été utilisés. Il a exposé que la problématique d'alcoolisme n'était pas à la charge de l'Al et que ce rapport n'attestait pas

d'empêchements durables nouveaux au sens de la LAI, l'exigibilité étant inchangée.

Par décision du 30 mars 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Considérant que les examens pratiqués par les médecins du SMR avaient valeur probante et que le problème pulmonaire de l'assuré était déjà connu, notamment par le Dr Z._____, qui décrivait la silicose comme asymptomatique et sans répercussion sur la capacité de travail, l'OAI a retenu que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de manoeuvre était entière sur le plan psychiatrique, mais qu'elle était nulle sur le plan somatique. Par contre, dans une activité adaptée aux troubles de l'assuré, soit une activité légère, sans port de charges, avec alternance des positions, sans montée ou descente répétée d'escaliers, l'assuré conservait une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 25%, dès le mois d'avril 2005. Procédant au calcul du revenu d'invalidé, l'OAI a retenu comme salaire de référence celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, 4'933 fr. 11 par mois, part au 13^{ème} salaire et adaptation à la durée hebdomadaire de travail en 2006 (41,7 heures) comprises (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2006, TA1, niveau de qualification 4). Attendu qu'il ne pouvait être exigé de l'assuré qu'une activité à 75% (soit à 100% avec diminution de rendement de 25%), le salaire hypothétique devait dès lors être porté à 44'397 fr. 99 par année. Compte tenu enfin du taux d'occupation réduit et de l'âge de l'assuré, l'OAI a considéré qu'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé était justifié, portant ce dernier à 39'958 fr. 19. Concernant le revenu sans invalidité, l'OAI a retenu que, si l'assuré avait poursuivi son activité antérieure de manoeuvre, il aurait pu prétendre à un revenu annuel de 55'176 fr. en 2006, soit un montant résultant de la moyenne de ses salaires perçus auprès de son ancien employeur, U._____, de 2002 à 2004, indexée à 2006. La perte de gain de l'assuré se montant ainsi à 15'218 fr., son degré d'invalidité était de 27,58%, ce qui ne lui ouvrait aucun droit à une rente. Une aide au placement restait toutefois possible, sur demande écrite et motivée de sa part.

B. J._____ a recouru contre cette décision le 13 mai 2009 en concluant, avec dépens, à l'octroi d'un quart de rente. Il allègue d'une part que malgré les traitements prescrits et les différents médecins consultés, son état de santé ne s'est pas amélioré et que ses douleurs sont restées constantes et invalidantes. Il conteste également le salaire sans invalidité retenu par l'intimé, alléguant que ce montant ne tient pas compte des augmentations salariales accordées aux travailleurs dans le cadre d'une CCT dans le bâtiment et le génie civil. Enfin, il estime que l'abattement maximal sur le revenu d'invalidité aurait dû lui être octroyé, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, du fait qu'il ne parle pas le français et de son âge.

L'OAI a conclu au rejet du recours le 7 juillet 2009.

Le 4 juin 2011, l'intimé a produit un rapport de contrôle des chantiers, duquel il résulte que, le 17 septembre 2010, la présence du recourant a été constatée sur un chantier, alors que celui-ci effectuait des travaux de nettoyage. Le fils du recourant, propriétaire et futur habitant de la villa en construction, a expliqué que son père était venu le remplacer à un rendez-vous avec le ferblantier et qu'il en avait profité pour faire un peu de nettoyage de chantier.

Dans sa détermination du 11 juillet 2011, le recourant a confirmé qu'il avait remplacé son fils lors d'un rendez-vous avec des ouvriers ferblantiers. Il a indiqué que, une fois arrivé sur le chantier, il avait constaté que les ouvriers n'étaient pas encore arrivés et qu'il avait décidé de les attendre en faisant un tour pour voir l'avancement des travaux. Il a déclaré avoir aperçu des déchets qui traînaient par terre et avoir décidé d'en faire un tas et de les brûler, alors que personne ne le lui avait demandé.

E n d r o i t :

1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), 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 à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) et répondant en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité. Le recourant affirme en effet avoir droit à un quart de rente, contrairement à ce que soutient l'intimé, qui ne retient qu'un taux d'invalidité de 27,58%.

2. 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 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.

b) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane du SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351, consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif

qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

3. a) En l'espèce, sur le plan psychiatrique, la Dresse W. _____ n'a retenu aucun diagnostic invalidant. Son rapport médical du 4 juin 2007, basé sur un examen du recourant, contient une anamnèse et un status détaillés et des conclusions claires et dûment motivées. Il remplit donc les réquisits de la jurisprudence pour se voir accorder valeur probante. Il ne se trouve par ailleurs au dossier aucun avis médical émanant de spécialiste qui contesterait ses conclusions. Celles-ci doivent par conséquent être suivies.

b) Sur le plan somatique, le recourant a été examiné par le Dr F. _____, qui a diagnostiqué des cervico-brachialgies sur troubles statiques et dégénératifs, ainsi que des lombosciatalgies droites avec syndrome irritatif L5, diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il a diagnostiqué en outre une silicose pulmonaire sans répercussions sur la capacité de travail. Ce spécialiste estime que le recourant peut travailler dans une activité adaptée à 75%. Il indique toutefois que la capacité de travail et les limitations fonctionnelles retenues (pas de port de charges supérieures à 7,5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 40 min sans possibilité de varier la position assise/debout, pas de montée ou descente de marches à répétition, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis, pas de position accroupie ou en genuflexion ; pas de mouvement en antépulsion au delà de 60° à répétition et ponctuellement à 90°, pas de position statique prolongée du rachis cervical en flexion/extension ou en rotation droite/gauche ; pas d'exposition à des machines - outils réalisant des vibrations de 5 hertz ou plus) ne tiennent pas compte de la pathologie pulmonaire présentée par l'assuré.

Le 12 décembre 2005, le Dr Z. _____ a diagnostiqué des cervico-brachialgies et lombo-sciatalgies droites invalidantes, ayant des

conséquences sur la capacité de travail du recourant. Il a également retenu un status après surrénalectomie droite pour adénome le 8 septembre 2005, une BPCO et une silicose asymptomatique à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Il a mentionné ne pouvoir que constater l'invalidité de son patient, qui lui paraissait définitive, sans voir de reclassement professionnel possible chez ce manœuvre en bâtiment de 56 ans. Quant au Dr C._____, qui pose le 8 septembre 2008 les mêmes diagnostics, il estime également que la capacité de travail du recourant est nulle. Les avis de ces deux praticiens n'expliquent toutefois pas les motifs pour lesquels ils estiment que l'incapacité de travail est totale, même dans une activité adaptée. Le Dr Z._____ évoque certes l'âge du recourant, mais il s'agit là d'une circonstance dont l'on ne peut tenir compte lors de l'estimation de la capacité de travail en matière d'AI.

Le rapport du Dr F._____ est complet et ses conclusions sont convaincantes, de sorte qu'il y a lieu de retenir une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée depuis le mois d'avril 2005. Par ailleurs, le fait que le recourant ait été aperçu alors qu'il effectuait, de façon spontanée et ponctuelle, de menus travaux de nettoyage sur le chantier de la villa de son fils ne remet en aucune façon en cause les conclusions de ce praticien.

c) Sur le plan neuropsychologique, la Prof. X._____ indique que, suite à un bref pointage neurologique, elle constate une probable baisse des fonctions cognitives, notamment mnésiques et exécutives. Elle mentionne également que la collaboration du recourant a été partielle. Il semble en outre que les tests ne se soient pas déroulés dans la langue du recourant, la Prof. X._____ expliquant que le recourant ne parle que quelques mots de français et qu'une bonne partie des tests n'a pas pu être effectuée dans des conditions optimales à cause des difficultés langagières. Enfin, la Prof. X._____ ne se détermine pas sur la capacité de travail du recourant. Une incapacité de travail due à des troubles neuropsychologiques n'est dès lors pas établie.

d) En conséquence, il y a lieu de s'en tenir à la capacité de travail retenue par le Dr F. _____, soit 75% dans une activité adaptée, depuis le mois d'avril 2005.

4. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343, consid. 3.4 et 128 V 29, consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 2.1).

Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010, consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1 ; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009, consid. 3.1 ; TF I 1034/06 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut

être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472, consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323, consid. 3b/bb ; TF I 7/06 du 12 janvier 2007, consid. 5.2 ; VSI 1999 p. 182).

En l'espèce, l'incapacité de travail ayant débuté en avril 2005, l'année de référence pour la comparaison des revenus est 2006, soit celle de l'ouverture du droit éventuel à la rente (art. 29 LAI, dans sa teneur en vigueur avant 2008).

b) S'agissant du revenu sans invalidité, il résulte de l'extrait du compte individuel du recourant que ce dernier a travaillé chez U. _____ depuis mars 1997. De 1998 à 2004, l'extrait mentionne que, chaque année, le recourant a travaillé au service de cet employeur de janvier à décembre et qu'il a reçu des indemnités de chômage chaque année au mois de janvier et au mois de décembre, sauf en 2004. Ainsi, pour les années 2002, 2003 et 2004 a-t-il reçu les montants suivants :

	salaire	indemnités de chômage en janvier	indemnités de chômage en décembre	
2002	54'598 fr.	2296 fr.	1787 fr.	
2003	55'658 fr.	2264 fr.	151 fr.	
2004	51692 fr.	2605 fr.		
Total	161'948 fr.	7165 fr.	1938 fr.	171'051 fr.

Dès lors que le recourant a, pratiquement chaque année, reçu des indemnités de chômage aux mêmes périodes, il apparaît qu'il en aurait été de même s'il avait poursuivi son activité auprès de cette société. En conséquence, il y a lieu de tenir compte des indemnités de chômage reçues dans le calcul du revenu sans invalidité et non pas d'annualiser le salaire reçu chez U. _____, comme l'a fait l'intimé. Le montant annuel moyen pour les années 2002 à 2004 s'élève ainsi à

57'017 francs, qu'il y a lieu d'indexer en 2006 (2005 : 1% ; 2006 : 1.2%), ce qui donne au final un revenu sans invalidité de 58'278 fr. 22.

c) aa) S'agissant du revenu d'invalidé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, 4'732 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures par semaine, soit une durée inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures [La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2]), ce montant doit être porté à 4'933 fr. 11 ($4'732 \text{ fr.} \times 41,7 / 40$), ce qui donne un salaire annuel de 59'197 fr. 32. Attendu qu'il ne peut être exigé du recourant qu'une activité à 75%, son salaire hypothétique doit être porté à 44'397 fr. 99 par année ($59'197 \text{ fr.} 32 - 25\%$), comme l'a retenu à juste titre l'intimé.

bb) En revanche, l'OAI n'a réduit le montant du salaire tiré de l'ESS que de 10%.

Le fait que les limitations fonctionnelles d'un assuré aient déjà été prises en considération au moment de l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail est sans conséquence sur la réduction des salaires ressortant des statistiques. La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75,

consid. 5a/bb et les références citées ; voir également TFA I 848/05 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3).

Ainsi, dans un arrêt du 28 mars 2008 (9C_532/2007), le Tribunal fédéral a jugé que l'OAI contestait à tort le principe de la prise en compte des limitations fonctionnelles lorsqu'il s'agit d'apprécier la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits. Il a en outre confirmé la déduction de 15% opérée par le Tribunal cantonal des assurances, au vu des limitations fonctionnelles de l'intéressée (alternance des positions assise-debout deux fois par heure, pas de soulèvement de charges supérieures à 5 kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail impliquant une élévation ou une abduction du membre supérieur).

Dans un autre arrêt, le Tribunal fédéral a confirmé une réduction de 15% du salaire statistique, en précisant qu'il y avait lieu de tenir compte du handicap de l'intimé, qui comprenait l'exclusion des travaux lourds, une diminution de rendement et des capacités cognitives restreintes, mais non de son âge (TF 9C_140/2008 du 31 mars 2008).

Pour un assuré né en 1968 et qui disposait d'une capacité totale de travail dans une activité de bureau, permettant l'alternance des positions debout et assise, la marche sur des distances raisonnables et sans port de charges, ni l'exposition aux intempéries, à l'humidité et au froid, le Tribunal fédéral a considéré que le taux de réduction de 15% retenu par l'administration dans sa décision de 2003 n'apparaissait pas inadapté en regard de l'âge de l'assuré et des limitations résultant de l'atteinte à sa santé (arrêt I 138/04 du 20 janvier 2005).

Dans un arrêt du 13 septembre 2004 (I 511/03), le Tribunal fédéral a considéré, concernant un assuré né en 1949 et pouvant travailler à plein temps avec un rendement de 50% dans une activité légère sans port répété de charges au-delà de 10 kg et ne nécessitant ni déplacement sur un sol inégal, ni manipulations au-dessus de l'horizontale, que le recourant était encore relativement éloigné de l'âge de la retraite et qu'il

bénéficiait de surcroît d'une longue expérience du marché du travail suisse, raisons pour lesquelles il se justifiait de fixer l'abattement du salaire statistique à 15%.

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25%, serait plus approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71).

En l'espèce, il apparaît que les facteurs déterminant le pourcentage de l'abattement à effectuer sur le revenu d'invalidé du recourant sont nettement plus importants que ceux pris en compte dans la jurisprudence précitée. En effet, le Dr F._____ retient de nombreuses limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charges supérieures à 7,5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier la position assise/debout, pas de montée ou descente de marches à répétition, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis, pas de position accroupie ou en gèneflexion, pas de mouvement en antépulsion au delà de 60° à répétition et ponctuellement à 90°, pas de position statique prolongée du rachis cervical en flexion/extension ou en rotation droite/gauche, et pas d'exposition à des machines - outils réalisant des vibrations de 5 hertz ou plus. Ce spécialiste précise en outre que ces limitations fonctionnelles ne

concernent pas la pathologie pulmonaire. Or celle-ci est de nature à augmenter encore les limitations fonctionnelles du recourant. Par ailleurs, il convient de relever que ce dernier n'a aucune formation, qu'il ne parle pas le français et qu'il était âgé de 60 ans au moment de la décision attaquée. Compte tenu de tous ces éléments, une réduction de 25% sur le revenu d'invalidé, telle que la demande le recourant, apparaît justifiée.

d) En conséquence, le taux d'invalidité du recourant doit être calculé en comparant son revenu sans invalidité, soit 58'278 fr. 22, avec son revenu d'invalidé, soit 33'298 fr. 49 (44'397 fr. 99 - 25% d'abattement), ce qui donne une perte de gain de 24'979 fr. 72 (58'278 fr. 22 - 24'979 fr. 72). Le taux d'invalidité du recourant est ainsi de 42,86% (24'979 fr. 72 x 100 / 58'278 fr. 22), ce qui lui ouvre le droit à un quart de rente.

5. Au vu de ce qui précède, le recours de J._____, qui conclut à l'octroi d'un quart de rente, doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2006 (art. 28 et 29 LAI, dans leur teneur avant 2008).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant ayant procédé sans l'assistance d'un conseil.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision attaquée est réformée, en ce sens qu'un quart de rente est alloué à J._____ dès le 1^{er} avril 2006.

- III. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- J._____,
- 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 :