

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 mars 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Bonard et Zbinden, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

L. _____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, Intégration handicap, service juridique, à Lausanne,

et

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

Art. 6 par. 1 CEDH; 6ss et 16 LPG; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1952, anciennement manœuvre auprès de l'entreprise de génie civil [...] S.A à [...], a été victime d'un accident de la circulation en date du 31 août 1987. N'ayant depuis lors pas repris d'activité professionnelle, il a bénéficié de l'octroi d'une rente AI entière jusqu'au 31 août 1993. A compter du 1^{er} septembre 1993, suite à une procédure de révision d'office, l'assuré s'est vu accorder le droit à une demi-rente AI (outre le degré d'invalidité fixé à 40%, les conditions du cas pénible [selon l'ancien droit] étaient remplies).

Dès 1997, invoquant à plusieurs reprises une aggravation de son état de santé, l'assuré a demandé sans succès la révision de son droit à la rente AI.

Par décision du 26 avril 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI, l'Office AI ou l'intimé) a mis fin au service de la demi-rente avec effet au 31 mai 2002, motif pris que l'assuré ne remplissait plus les conditions économiques du cas pénible. Dès le 1^{er} juin 2002, l'assuré a bénéficié d'un quart de rente AI pour un degré d'invalidité de 40%. Le recours formé par l'assuré contre cette décision a été rejeté selon jugement du 1^{er} novembre 2004 rendu par le Tribunal cantonal des assurances (TAss VD AI 189/02 - 55/2005). A l'occasion de l'instruction de cette cause, le Dr M._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise psychiatrique du 24 mars 2003. Une seconde expertise psychiatrique a été réalisée le 5 juin 2004 par le Dr O._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie.

B. Par lettre du 15 août 2005, l'assuré a demandé à l'OAI un "réexamen" de sa situation compte tenu de la péjoration de son état de santé. Etait alors joint un certificat médical daté du 27 janvier 2005 établi par le Dr A._____, spécialiste FMH en médecine générale (médecin

traitant) à [...]. De l'avis de ce médecin, l'importance de l'arthrose de la hanche gauche ainsi que l'importante discopathie L5-S1 justifiaient de retenir une incapacité de travail de son patient de l'ordre de 70% de sorte qu'une révision AI était nécessaire.

Satisfaisant à l'injonction qui lui a été adressée par l'OAI le 1^{er} septembre 2005 pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé, l'assuré a envoyé les documents médicaux nécessaires à l'OAI dans le délai imparti. Après être rentré en matière sur la demande de "réexamen", l'OAI a reçu, le 18 octobre 2005, un document intitulé "Questionnaire à remplir en vue d'un nouvel examen du droit aux prestations de l'assurance-invalidité" à teneur duquel, l'assuré mentionnait une aggravation de son état tant physique que psychique. Il précisait également ne pas exercer d'activité professionnelle.

Dans un rapport médical du 31 octobre 2005, le Dr A._____ a notamment diagnostiqué comme invalidants, une coxarthrose de la hanche gauche postéro inférieure post-traumatique importante (depuis 2004) ainsi qu'un état anxio-dépressif. La mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche apparaissait le seul traitement efficace compte tenu des fortes douleurs à sa hanche dont se plaignait l'assuré. Jugeant que l'état de santé s'était aggravé, le Dr A._____ évaluait l'incapacité de travail à 70% dès le 9 septembre 2004 sans qu'aucune activité lucrative ne puisse être exigée de son patient.

Dans une lettre adressée le 13 janvier 2006 à l'OAI, les Drs S._____, médecin adjoint et responsable de l'unité de psychiatrie ambulatoire d' [...] et D._____, médecin assistante au Secteur psychiatrique [...] (médecins suivant l'assuré), ont indiqué que sur le plan psychiatrique leur patient présentait un trouble somatoforme douloureux persistant, un trouble de la personnalité avec traits paranoïaques et impulsifs et, que malgré une prise en charge psychiatrique avec suivi ambulatoire depuis 1997, il y avait une péjoration lente et constante. De l'avis de ces médecins, les critères selon Mosimann étaient remplis,

l'assuré présentant à la fois une affection corporelle chronique (coxarthrose invalidante avérée), une perte d'intégration sociale et un état cristallisé. Ils estimaient que l'incapacité de travail était totale.

Dans un rapport médical du 16 janvier 2006, le Dr E._____, médecin assistant à l'Hôpital orthopédique de la [...] à [...], a diagnostiqué des lombalgies chroniques sur discopathie L5-S1 et une coxarthrose gauche post traumatique sur nécrose de la tête fémorale comme ayant des répercussions sur la capacité de travail. Jugeant que l'état de santé de l'assuré s'aggravait, ce praticien évaluait, sous réserve de la nécessité d'un examen complémentaire, une incapacité de travail d'au minimum 70%.

Selon avis médical du service médical régional de l'AI (SMR Suisse romande) du 24 mai 2006, les médecins traitants attestant d'une aggravation de l'état de santé, tant sur le plan somatique que psychiatrique et les informations à disposition n'étant pas suffisantes pour se prononcer sur cette aggravation, la réalisation d'un examen bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) s'avérait nécessaire.

Selon rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique SMR du 11 octobre 2007 des Drs I._____, spécialiste en médecine physique et en rééducation et W._____, spécialiste FMH en psychiatrie, consécutif à un examen clinique du 27 juin 2007 pratiqué avec l'assistance d'un interprète de langue serbo-croate, le cas de l'assuré était décrit en ces termes:

" Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- Coxarthrose gauche dans le cadre d'un status post luxation postérieure de la hanche avec fracture parcellaire de la tête humérale en 1987, status post ostéotomie du fémur en 1990 et amo en 1991, avec faiblesse du grand fessier (M16.5).
- Cervico-dorso-lombalgies dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif, avec maladie de forestier dorsale et discopathie L4-L5 et L5-S1 protrusive non-déficitaire et dysbalance musculaire (M51.3/M48.1).
- Péri-arthrite scapulo-humérale (M75.0).

- Personnalité avec des traits impulsifs et narcissiques, non décompensée (61.0).

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- Excès pondéral (BMI 29).
- Chondropathie rétro-patellaire gauche possible.
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F 10.20).
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 13.25).
- Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et sociales (F 68.0).
- Dysthymie (F 34.1).

Appréciation consensuelle du cas

[...]

Dans son rapport médical du 13.01.06, le Dr S._____, médecin adjoint de l'Unité de psychiatrie ambulatoire d' [...], constate que "sur le plan psychiatrique, M. L._____ présente un trouble somatoforme douloureux persistant, un trouble de la personnalité avec traits paranoïaques et intuitifs". Il constate une péjoration lente et constante. Il décrit que l'assuré "ressent actuellement une perte de l'espoir dans l'avenir, et une anhédonie importante, qu'il ne sort quasiment plus de chez lui, ne ressent aucun plaisir dans les contacts sociaux". Le Dr S._____ retient une incapacité de travail totale pour des raisons médicales uniquement, et demande une réévaluation de la situation de l'assuré.

En l'absence d'une diminution de la concentration et de l'attention, d'une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, d'idées de culpabilité ou de dévalorisation, d'une diminution de l'appétit, ainsi que d'une réduction de l'énergie avec des efforts minimes entraînant une fatigue importante, et en absence d'un abaissement d'humeur important, nous n'avons pas pu retenir le diagnostic d'un épisode dépressif selon les critères de la CIM-10. Notre examen clinique n'a également pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique ou de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, qui est inchangé depuis de nombreuses années.

Sur la base de notre observation clinique, l'assuré présente une personnalité avec des traits impulsifs et narcissiques rigidifiés ces dernières années. Comme expliqué par l'assuré, des problèmes d'agressivité avec des accès de colère existent depuis sa jeunesse. Il décrit ainsi des détentions pour agression en état d'ivresse avant son arrivée en Suisse. Cela n'a pas empêché l'assuré à s'engager dans des relations stables et de longue durée, à fonder une famille, se trouver divers emplois, également de longue durée, et d'immigrer en Suisse, où il s'est construit une existence satisfaisante jusqu'à l'accident en 1987. Depuis, l'assuré s'est installé dans un processus "d'invalidation" dont il ne veut pas sortir. Malgré cette situation, l'assuré maintient un environnement psychosocial stable depuis de nombreuses années. En conséquence nous avons retenu le diagnostic d'une personnalité avec des traits impulsifs et narcissiques non décompensée. Après plusieurs refus de demandes de prestations asséurologiques, l'assuré se présente actuellement sous un tableau clinique dominé par des douleurs corporelles, qui n'étaient pas encore présentes lors de ses précédentes demandes,

comme documenté dans les expertises psychiatriques du Dr M. _____ en 2003, et du Dr O. _____ en 2004. Mis à part le refus d'une demande de rente, aucun nouveau conflit émotionnel au problème psychosocial actuel n'apparaît suffisamment important pour être considéré comme la cause essentielle justifiant le nouveau diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Par contre, la situation psychosociale de l'assuré s'avère stable depuis de nombreuses années. Dans ses explications, l'assuré reste ambigu, peu concret, et donne des informations de manière sommaire et superficielle, tout en évitant de donner des précisions, comme également documenté dans les expertises psychiatriques précédentes. Il y a de claires contradictions entre les plaintes subjectives de l'assuré et son état objectif, comme par exemple le fait qu'il soit resté assis pendant tout l'entretien, d'une manière détendue, ce qui contredit ses propres explications concernant sa situation habituelle. En conséquence, nous avons retenu le diagnostic d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques selon les critères de définition de la CIM-10. L'assuré montre par contre une dépression légère chronique de l'humeur, dont la sévérité est insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen, avec des périodes intermédiaires d'humeur relativement normale. En conclusion, nous avons retenu le diagnostic d'une dysthymie en combinaison avec une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et sociales face à une demande de prestation asséculo-logique dans le contexte d'une personnalité avec des traits impulsifs et narcissiques rigidifiés.

Sur le plan somatique, cet assuré, sinon en bonne santé habituelle, a été victime d'une luxation postérieure de la hanche gauche en 1987, avec fracture parcellaire de la tête fémorale, évoluant vers une nécrose et nécessitant en 1990 une ostéotomie de varisation du fémur gauche. L'assuré se plaint par la suite de douleurs permanentes, le même accident a également déclenché des rachialgies, et depuis quelques années, il se plaint également de scapulalgies droites

Lors de l'examen de ce jour, on est face à un homme de 55 ans, en bon état général, présentant un excès pondéral à la limite de l'obésité, qui est peu collaborant, par moment agressif, et très plaintif. L'examen de la médecine interne générale est dans les limites de la norme si l'on fait abstraction d'une douleur abdominale ou plutôt diffuse.

[...]

En résumé, cet assuré présente deux atteintes significatives et objectivables à la santé d'un côté une coxarthrose gauche modérée post-traumatique, et de l'autre des rachialgies non déficitaires dans le cadre d'un trouble statique, d'une maladie de Forestier avec discopathie lombaire étagée. S'il n'y a pas de pathologie objectivée au niveau des épaules, la limitation alléguée par l'assuré doit être prise en compte pour les limitations fonctionnelles, mais ne va pas modifier la capacité de travail. Celle-ci est certainement tout au plus de 50% vu l'association des discopathies lombaires et de la coxarthrose à gauche. Cette estimation est théorique, l'assuré n'ayant plus du tout travaillé depuis 20 ans, et se considérant comme entièrement malade.

Les limitations fonctionnelles

Sur le plan somatique, il faut éviter une position statique prolongée debout, assis, en rotation/flexion du tronc et en porte-à-faux.

L'assuré ne peut pas s'accroupir ni s'agenouiller, ne peut pas faire des montées/descentes d'escalier, de pente ou d'échafaudage à répétition, ni se déplacer dans du terrain accidenté. Le port de charges est limité à 10 kg occasionnellement. Il ne peut pas travailler les bras au-delà de 90° d'abduction et de flexion.

Compte tenu de la structure de personnalité de l'assuré, celui-ci montre une rigidité, et de ce fait une certaine difficulté à s'adapter à une nouvelle situation, telle qu'une reprise de nouvelle activité professionnelle. Dans ce contexte l'assuré présente une tolérance réduite au stress et aux frustrations potentielles ainsi que des difficultés au plan relationnel.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?
Depuis 1987.

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

Sur le plan biomécanique, les médecins de la R. _____ ont attesté une incapacité de travail de 40% dans une activité adaptée. Suite à l'aggravation de la situation en septembre 2004, avec notamment l'apparition de discopathies lombaires, la capacité de travail doit être diminuée à 50%.

Une incapacité de travail sur le plan psychiatrique de 25% est documentée par l'expertise du Dr O. _____, depuis le 05.06.2004. Dans son rapport médical du 13.01.06, le Dr S. _____, médecin adjoint de l'Unité de psychiatrie ambulatoire d' [...] constate une incapacité de travail complète pour un trouble somatoforme douloureux persistant.

Concernant la capacité de travail exigible, il est évident que l'association des diverses pathologies ostéo-articulaires limite sensiblement cet assuré, et tout travail lourd est contre-indiqué depuis son accident. Dans une activité adaptée, il reste cependant une capacité de travail résiduelle exigible qu'on peut fixer objectivement à 50%. Si toutes les limitations démontrées par l'assuré pendant l'examen sont impressionnantes, force est de constater qu'il y a beaucoup de signes comportementaux qui parlent en faveur d'une majoration, avec une discordance nette entre les plaintes alléguées et les données cliniques, notamment radiologiques. Il y a cependant une nette péjoration, que l'on peut dater à l'année 2004, selon le rapport médical du Dr A. _____, mais nous ne sommes pas d'accord avec son estimation de la capacité de travail réduite à 30%. En effet, il ajoute comme atteintes invalidantes un status après ronchopathie très sévère en 1996, syndrome d'apnée du sommeil et septoplastie, obésité et de l'état anxio-dépressif. Après une éventuelle opération pour pose d'une prothèse de hanche, la situation devrait être révisée.

Au plan psychiatrique, l'assuré présente une structure de personnalité avec des traits impulsifs et narcissiques à l'origine de la difficulté de l'assuré à s'adapter à une nouvelle situation avec une tolérance réduite au stress et aux frustrations potentielles. Malgré ces difficultés existantes depuis sa jeunesse, l'assuré est resté capable à s'engager dans des relations stables et de longue durée, à fonder une famille, se trouver divers emplois, également de longue durée, et d'immigrer en Suisse, où il s'est construit une existence satisfaisante jusqu'à l'accident en 1987. Compte tenu de ces traits impulsifs et narcissiques rigidifiés la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée reste de 75%.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 0% sur le plan somatique et sur le plan psychiatrique.

Dans une activité adaptée: 50% sur le plan somatique depuis septembre 2004.

75% sur le plan psychiatrique depuis juin 2004."

C. Par projet de décision du 17 octobre 2008, l'OAI a préavisé dans le sens du droit de l'assuré à une demi-rente à compter du 1^{er} août 2005. Il a relevé que selon ses constatations médicales, lesquelles se fondaient notamment sur le rapport d'examen bi-disciplinaire SMR du 11 octobre 2007, l'aggravation de l'état de santé de l'assuré impliquait une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Après comparaison entre le revenu sans invalidité (64'155 francs) et celui d'invalidité (26'277 fr. 26, compte tenu d'un abattement de 10% [en fonction du taux d'activité réduit et de l'âge]) réalisables en 2005, le degré d'invalidité s'élevait à 59%.

Par courrier du 17 novembre 2008 de son assistante sociale, l'assuré a contesté le préavis précité. Soulignant que ses médecins avaient attesté depuis de nombreuses années une incapacité totale de travail (élément par ailleurs rappelé à teneur du certificat médical établi le 20 novembre 2008 par les psychiatres traitants [les Drs C. _____ chef de clinique adjoint, et Q. _____, médecin assistant au Secteur psychiatrique [...]]), laquelle situation s'était notablement péjorée depuis 2004, l'assuré sollicitait un réexamen de son degré d'invalidité. Il avançait également que le taux d'abattement devant être retenu était en réalité de 15% minimum.

Le 24 février 2009, l'OAI a signifié à l'assuré que les conclusions de l'examen clinique bi-disciplinaire SMR de la fin juin 2007 étaient claires et exemptes de contradictions de sorte que cet examen médical avait pleine valeur probante. Il a en outre précisé que tant le courrier de contestation du 17 novembre 2008 discutant la capacité de travail de 50% retenue par les médecins du SMR et les calculs pour la détermination du degré d'invalidité que le rapport médical complémentaire des psychiatres traitants du 20 novembre 2008,

n'apportaient aucun élément médical susceptible de modifier l'exigibilité médicale déterminée lors de l'examen clinique du SMR. Reprenant dans le détail le calcul du revenu d'invalidé tel que ressortant de son projet du 17 octobre 2008, l'OAI l'a entièrement confirmé (en particulier s'agissant de l'abattement de 10% retenu) avec pour conséquence, que le degré d'invalidité de 59% dès le 1^{er} août 2005 s'en trouvait maintenu.

Par décision du 14 avril 2009, l'OAI a alloué une demi-rente AI à l'assuré avec effet au 1^{er} mai 2009. Reprenant les motifs de son préavis de la mi-octobre 2008, l'Office AI a retenu, pour 2005, un degré d'invalidité de 59% (au lieu de 40% jusqu'alors) du fait de l'aggravation de la santé survenue depuis l'automne 2004. Il était également mentionné que s'agissant de la période du 1^{er} août 2005 au 30 avril 2009, une décision serait ultérieurement notifiée à l'assuré.

D. Par écriture adressée le 14 mai 2009 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par son conseil, l'assuré forme recours contre la décision de l'OAI du 14 avril 2009. Il conclut principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que le droit à une rente AI entière dès le 1^{er} août 2005 lui est reconnu et, subsidiairement, en ce sens que le droit à trois quarts de rente AI dès le 1^{er} août 2005 lui est reconnu.

Par réponse du 18 septembre 2009, l'OAI confirme sa position et propose dès lors le rejet du recours.

Le recourant s'est déterminé le 22 octobre 2009 en indiquant maintenir les conclusions principales et subsidiaires de son recours.

E n d r o i t :

1. 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 dite loi ne déroge expressément à la LPGA.

L'art. 56 LPGA dispose que les décisions sur opposition et celles contres lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujette à recours. Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des Offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'Office concerné. Formé le 14 mai 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il est de surcroît recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

2. a) En l'espèce, il est admis par les parties que les conditions d'une révision de la rente d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA sont remplies compte tenu de l'aggravation de l'état de santé intervenue. Le recourant conteste par conséquent uniquement l'appréciation de la nature ou du degré de l'aggravation effectuée par l'intimé (la décision attaquée retenant un degré d'invalidité de 59% - et non pas de 100%, voire de 60% au minimum, tel que le sous-entend le recourant).

b) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. L'art. 6 LPGA définit l'incapacité de travail 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 exigible peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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. L'invalidité est donc une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique et ne se confond pas nécessairement avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin puisque ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 et 105 V 205). L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 [5^e révision de l'AI, RO 2007 p. 5129 ss]).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; Pratique VSI 2/2002 p. 64 consid.

4b/cc; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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 de l'expert 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 comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 8C_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1 et 9C_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné (TF 8C_420/2010 du 27 octobre 2010, consid. 4.3 et 8C_65/2010 du 6 septembre 2010, consid. 3.1). L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 8C_65/2010 du 6 septembre 2010, consid. 3.1 et 9C_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités).

En matière d'assurances sociales, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux constatations émanant de médecins spécialistes internes à un assureur. Le Tribunal fédéral a précisé que dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales et

en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme développée en relation avec l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, RS 0.101), disposition traitant du "droit à un procès équitable", il n'existe pas de droit formel de l'assuré à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4). Le recours aux services d'un expert indépendant au sens de l'art. 44 LPGa, soit le droit à obtenir la mise en œuvre d'une expertise médicale, s'impose uniquement dans les cas où des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le(s) médecin(s) spécialiste(s) interne(s) de l'assureur (ATF 135 V 465 consid. 4.6). Même si les avis des médecins spécialisés des assureurs n'ont pas exactement la même valeur probante qu'une expertise au sens de l'art. 44 LPGa, il n'en demeure pas moins que de tels avis doivent être pris en considération tant qu'il n'existe pas de légers doutes quant à l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7). Partant, dans la mesure où il remplit les exigences requises, un rapport d'examen médical d'un service médical régional de l'AI au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a pleine valeur probante alors que les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ce principe s'applique également pour ce qui a trait à l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/2006 du 17 janvier 2007, consid. 9.4). Ainsi au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170

consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

3. a) aa) S'agissant de l'appréciation médicale faite par l'intimé, le recourant ne conteste pas les aggravations de son état de santé sur le plan somatique telles que retenues par les Drs I. _____ et W. _____ dans leur examen SMR bi-disciplinaire du 11 octobre 2007. Il ne rediscute par conséquent pas la capacité de travail de 50% reconnue sur le plan somatique dans une activité adaptée à compter de septembre 2004. A l'inverse, les constatations des médecins du SMR sur le plan psychiatrique, à savoir l'admission d'une "majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et sociales" en lieu et place des diagnostics de "trouble somatoforme douloureux persistant, trouble de la personnalité avec traits paranoïaques et impulsifs" engendrant une "incapacité de travail totale" ressortant des rapports médicaux des 13 janvier 2006 et 20 novembre 2008 des médecins traitants, seraient erronées. De l'avis du recourant, le fait qu'un médecin psychiatre soit employé par l'OAI aurait pour incidence que ses constatations quant aux troubles de santé d'un assuré et leurs conséquences sur la capacité de travail de ce dernier seraient considérablement moins crédibles que celles des médecins psychiatres traitants. Ce dernier constat s'imposerait d'autant que ces médecins traitants travaillent - ainsi que cela est le cas en l'espèce - au service de l'Etat et n'auraient ainsi aucun intérêt à ne pas dire la vérité. En regard des exigences de l'art. 6 CEDH, la partialité des médecins employés par un assureur social poserait un "réel problème".

En l'espèce, le rapport d'examen SMR bi-disciplinaire du 11 octobre 2007 est le résultat du travail de deux spécialistes, l'un en médecine physique et rééducation (le Dr I. _____) et l'autre en psychiatrie (le Dr W. _____). Ce rapport se fonde sur un examen clinique pratiqué le 27 juin 2007, l'étude de l'ensemble des pièces médicales (radiographies

notamment). Il comporte une anamnèse détaillée (pp. 1-5) mentionnant en particulier les plaintes du recourant tant sur le plan ostéoarticulaire que psychiatrique, le status est établi en fonction des observations médicales (pp. 5-7), les diagnostics posés le sont conformément à la classification selon CIM-10 (pp. 7-8) puis les conclusions se dégagent d'une appréciation/discussion dûment motivée du cas d'espèce (pp. 8-11).

bb) Sur le plan psychiatrique, les spécialistes du SMR retiennent en tant qu'atteinte avec répercussion sur la capacité de travail, une personnalité avec des traits impulsifs et narcissiques non décompensée (F 61.0). Contrairement à l'appréciation des psychiatres traitants, lesquels retiennent un trouble somatoforme douloureux persistant ainsi qu'un trouble de la personnalité avec traits paranoïaques et impulsifs (cf. rapport médical du 13 janvier 2006), les médecins du SMR n'ont pas objectivé d'absence d'une diminution de la concentration et de l'attention, de diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, d'idées de culpabilité ou de dévalorisation, de diminution de l'appétit, une réduction de l'énergie avec des efforts minimes entraînant une fatigue importante et d'abaissement d'humeur. Il n'a également pas été mis en évidence de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique ou de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, ce dernier étant resté inchangé depuis de nombreuses années. En l'occurrence, les critères permettant d'admettre un épisode dépressif selon la CIM-10 (Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes) ne sont pas remplis de sorte que les spécialistes du SMR n'ont à raison, pas partagé l'avis médical des psychiatres traitants émis le 13 janvier 2006. Sur la base de leurs observations cliniques les spécialistes du SMR motivent leur diagnostic par le fait que nonobstant les problèmes d'agressivité avec des accès de colère présents depuis sa jeunesse, le recourant est néanmoins parvenu jusqu'à la survenance de l'accident en 1987, à se construire une existence satisfaisante (relations stables tant sur le plan privé que sur le plan professionnel). Une dépression légère chronique de l'humeur avec des périodes intermédiaires d'amélioration a également été mise en évidence. Eu égard au contexte général (demande de prestations asséculo-logiques

par une personnalité avec traits impulsifs et narcissiques rigidifiés), il a été retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F 34.1) en combinaison avec une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et sociales (F 68.0). L'appréciation des médecins du SMR correspond à la situation médicale du recourant. Au vu du diagnostic de personnalité avec des traits impulsifs et narcissiques non décompensée (F 61.0), les spécialistes du SMR en ont déduit que compte tenu de la structure de sa personnalité, le recourant montre une rigidité et partant, une certaine difficulté à s'adapter à une nouvelle situation, telle qu'une reprise d'un emploi (tolérance réduite au stress, frustrations potentielles et difficultés au plan relationnel). Fort de ce constat, ils ont conclu à l'existence d'une capacité de travail du recourant de 75% dans une activité adaptée sur le plan psychiatrique - et non pas de 0% selon rapport médical du 13 janvier 2006 des psychiatres traitants. Les spécialistes du SMR exposent ainsi de manière claire, circonstanciée et convaincante les raisons les conduisant à se distancier de l'avis des psychiatres suivant le recourant. Au vu de son contenu matériel, le rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR du 11 octobre 2007 satisfait à tous les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 2c).

Dans leur rapport médical du 20 novembre 2008, outre le fait que de part leur position de médecins en charge du suivi du recourant leurs constatations doivent être admises avec réserve, les Drs C. _____ et Q. _____ - dont les spécialisations professionnelles ne ressortent par ailleurs pas du dossier - reprennent les diagnostics posés dans le précédent rapport du 13 janvier 2006 (trouble somatoforme avec douleurs persistantes et troubles de la personnalité avec traits paranoïaques et impulsifs) sans apporter de nouveaux éléments médicaux concrets dont les spécialistes du SMR n'auraient pas tenus ou eu connaissance lors de leur examen bi-disciplinaire de fin juin 2007. Au surplus, étant suivi depuis 1997 pour ses troubles psychiatriques, le rapport médical établi vers la mi-janvier 2006 des médecins traitants attestait déjà d'une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique laquelle appréciation médicales a par la suite été infirmée par les spécialistes du SMR. Au final aucun

élément médical objectif n'apparaît suffisamment pertinent, ou n'a été ignoré dans le cadre de l'examen bi-disciplinaire, pour permettre d'en remettre en cause la valeur probante, respectivement d'en rediscuter le bien fondé des conclusions.

b) Quoiqu'en dise le recourant, en présence d'une instruction du dossier reposant notamment sur les conclusions d'un rapport d'examen médical pratiqué par des médecins spécialisés internes à l'administration et qui satisfait aux exigences jurisprudentielles applicables en matière de valeur probante, le Tribunal fédéral a récemment confirmé que, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales et en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme développée en relation avec l'art. 6 par. 1 CEDH, de tels avis doivent être pris en considération tant qu'il n'existe pas de légers doutes quant à l'exactitude de leurs conclusions (cf. supra consid. 2c). Le recours à un expert externe indépendant au sens de l'art. 44 LPGA s'impose dès lors uniquement dans l'éventualité où des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales des médecins spécialistes internes de l'assureur social. Il n'existe par conséquent pas de droit formel du recourant à bénéficier d'une expertise menée par un médecin externe dans la procédure engagée en l'espèce. En regard des exigences découlant de l'art. 6 CEDH, l'impartialité des médecins employés par un assureur social ne saurait être contestée en l'absence d'indices contraires.

c) Contrairement aux allégations du recourant, eu égard à la position reconnue par la jurisprudence au médecin traitant, respectivement le poids réduit attribué à ses constatations (cf. supra consid. 2c), on ne perçoit pas les motifs pour lesquels le fait que le médecin traitant ne soit pas directement rémunéré par son patient – mais qu'il le soit par les deniers de l'Etat, soit qu'il travaille dans un hôpital public, soit qu'il perçoive des honoraires via un assureur social – puisse modifier de quelque façon sa position de confident privilégié vis-à-vis de son patient dans la relation thérapeutique instaurée. Partant, à défaut de plus amples explications motivées à ce propos par le recourant, la cour de

céans ne voit pas de raisons de s'écarter en l'espèce de la valeur atténuée attribuée en jurisprudence aux constatations émanant des médecins traitants l'assuré.

La cour retient en définitive qu'au vu de l'ensemble de ses atteintes (somatiques et psychiatriques), le recourant dispose d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à compter de septembre 2004.

4. a) Si après la survenance de l'atteinte à la santé, l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle ou alors aucune activité adaptée normalement exigible, le revenu d'invalidé peut alors être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens tel que ceux-ci ressortissent de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c; Maurer/Scartazzini/Hürzeler, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3^e éd., Bâle 2009, n°23 p. 156). Pour effectuer la comparaison des revenus, il y a lieu de se référer non pas à la statistique des salaires nets (montants effectifs; tableaux du groupe B), mais à celle des salaires bruts standardisés (taux de salaire; tableaux du groupe A), en se fondant toujours sur la médiane (valeur centrale) (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa).

Lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques précitées, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération) sur les salaires ESS (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb). Un tel mode de procéder a pour finalité de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au plus près à la mise en valeur exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte de l'ensemble des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5a/aa; VSI 2/2002 p. 70 consid. 4b). La

déduction résulte d'une évaluation et doit par conséquent être brièvement motivée par l'Office AI. Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 5b/dd).

b) Le recourant conteste le calcul du revenu d'invalidé, en particulier l'abattement de 10% retenu dans la décision attaquée. A l'en croire, les circonstances du cas (les limitations somatiques extrêmement nombreuses et sérieuses ainsi que la "difficulté d'adaptation à une nouvelle situation", la tolérance réduite au stress et les frustrations potentielles reconnues par les médecins de l'AI) justifieraient un taux d'abattement sur salaire statistique devant être fixé à hauteur de 15% minimum (voire 20% au plus). En tenant compte d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité légère adaptée sous déduction de l'abattement sur salaire statistique qui devait être retenu (15-20%), après comparaison des revenus sans et avec invalidité réalisables en 2005, le recourant constate que le degré d'invalidité s'élève à 63% - et non pas à 59% selon décision litigieuse.

Pour le calcul du préjudice économique en 2005 (année de référence eu égard à la demande de révision déposée tardivement, soit le 15 août 2005 compte tenu de l'aggravation survenue dès septembre 2004), considérant à raison que le recourant n'avait pas repris l'exercice d'une activité professionnelle telle qu'exigible de sa part (cf. supra consid. 3c), l'OAI a déterminé le revenu avec invalidité par référence aux données statistiques ESS pour 2004 (valeur médiane, tableau TA1; niveau de qualification 4) avec adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (cf. supra consid. 4a). L'intimé aboutissait ainsi à un revenu annuel 2005 avec invalidité de 29'196 fr. 96 vu la capacité de travail réduite de moitié du recourant dans une activité du secteur privé (activités industrielles ou de manutentions légères) ne nécessitant pas de qualifications particulières. L'OAI a retenu un salaire mensuel statistique de 4'679 fr. pour 2005 (4'588 fr. [salaire statistique mensuel 2004] avec variation de 1,9% de 2004 à 2005). Après contrôle des données statistiques OFS relatives à l'évolution des salaires nominaux (2004-2005) (www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04/blank/data/02.html),

la cour de céans retient un coefficient de 0.9% (au lieu de celui de 1.9% ressortant des calculs de l'OAI) en tant que variation des salaires suisses pour les années 2004 à 2005. Le revenu annuel d'invalidé réalisable pour 2005 s'élève ainsi en réalité à 57'773 fr. 54 $\left[\left(\frac{4'588 \text{ fr.} \times 100,9}{100} \right) \times \left(\frac{41,6 \text{ h.}}{40 \text{ h.}} \right) \times 12 \right]$, soit 28'886 fr. 77 $\left(57'773 \text{ fr.} 54 \times \frac{50}{100} \right)$, compte tenu de la capacité de travail du recourant réduite de moitié (cf. supra consid. 3a). Du montant annuel d'invalidé, l'OAI a soustrait un abattement de 10% afin de tenir compte de la globalité des limitations fonctionnelles du recourant (in casu, le taux réduit d'activité et l'âge). Au vu de l'ensemble des circonstances, l'abattement de 10% (tenant compte du taux d'activité réduit et de l'âge) retenu par l'assureur social n'apparaît pas irréaliste de sorte que la cour de céans ne saurait sans motifs particuliers substituer sa propre appréciation à celle de l'OAI (cf. supra consid. 4a). Contrairement à ce qu'affirme le recourant, ses limitations fonctionnelles (énumérées selon rapport d'examen SMR puis reprises dans la détermination de la capacité résiduelle de travail sur laquelle se base la décision attaquée), au demeurant non spécifiquement contestées par celui-ci, ne s'avèrent en réalité pas "extrêmement nombreuses"; si certains gestes/positions sont proscrits (position statique prolongée debout, assis, en rotation/flexion du tronc en porte-à-faux, répétition de montées/descentes d'escaliers, de pente ou d'échafaudage à répétition, déplacements dans du terrain accidenté, fréquents ports de charges supérieures à 10 kg, travail avec abduction et flexion des bras au-delà de 90°), il n'en demeure pas moins que l'exercice occasionnel de nombreuses activités professionnelles reste parfaitement accessible au recourant. Le revenu annuel d'invalidé devant être pris en considération s'élève par conséquent à 25'998 fr. 09 $\left(28'886 \text{ fr.} 77 \text{ sous déduction d'un abattement de } 10\% \right)$.

Afin de déterminer le revenu annuel qui aurait pu être perçu en 2005 sans invalidité, l'OAI a pris en compte le revenu annuel réalisable pour un maçon type A (sans CFC mais expérience) selon CCT pour l'année concernée de sorte que ce revenu annuel sans invalidité - au demeurant non contesté par les parties - s'élève à 64'155 francs.

Après comparaison entre les revenus sans invalidité et avec invalidité (64'155 fr. / 25'998 fr. 09), il en résulte une perte de gain annuelle de l'ordre de 38'156 fr. 91. En conséquence, le degré d'invalidité du recourant s'élève à 59% (38'156 fr. 91 / 64'155 fr. x 100, soit 59.48% arrondi à 59% [cf. ATF 130 V 121]). Ce taux d'invalidité appert identique à celui de la décision attaquée (59,04%, soit 59% après arrondi). En l'espèce, le degré d'invalidité précité ouvre droit au recourant à une demi-rente AI (cf. art. 28 al. 2 LAI).

c) En conclusion, c'est donc à juste titre que dans sa décision du 14 avril 2009, l'OAI a alloué une demi-rente AI à son assuré avec effet au 1^{er} mai 2009. S'agissant du droit à une rente AI la période antérieure du 1^{er} août 2005 au 30 avril 2009, l'OAI avait précisé qu'une décision tierce ultérieure a été notifiée au recourant.

5. En définitive, le recours entièrement mal fondé doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

La procédure est onéreuse; en principe la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19.12.2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis provisoirement à la charge du canton vu que le recourant, au bénéfice de l'assistance judiciaire, succombe.

Maître Agier, avocat employé par la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, a été désigné le 15 juillet 2009 par le bureau de l'assistance judiciaire pour être conseil d'office du recourant. Interpellé par le juge instructeur, il a déclaré le 16 mars 2011 qu'en cas de rejet du recours, il renonçait à ce qu'une indemnité lui soit allouée au titre de l'assistance judiciaire. Il n'y a par conséquent pas lieu de statuer sur l'octroi d'une indemnité de conseil d'office. Pour le reste, vu le rejet du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g a contrario 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 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 14 avril 2009 est confirmée.
- III. Les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. (quatre cent francs) et, vu l'octroi de l'assistance judiciaire, sont provisoirement

mis à la charge du canton, sous réserve des montants déjà payés au titre de franchise.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le Président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, Intégration handicap (pour L._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office 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 :