

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 septembre 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Métral et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Barman

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA; 28 LAI

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1960, ressortissant kosovar, marié et père de quatre enfants dont trois majeurs, a déposé le 29 janvier 1997 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente, indiquant notamment souffrir de céphalées chroniques. Par décision du 13 mars 1998, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) lui a accordé une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 1997, fondée sur un degré d'invalidité de 50%, en se référant aux rapports des psychiatres L. _____ (6 mars 1997) et S. _____ (9 juillet 1997). Les rapports médicaux présentés dans le cadre de la procédure de révision ont amené l'OAI à confirmer, par décision du 13 août 1999, l'octroi de la demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 50%. Sur recours de l'assuré le 26 août 1999, le Tribunal des assurances a annulée cette décision et retourné le dossier à l'OAI pour complément d'instruction (jugement du 23 mars 2001, cause AI 131/99 - 143/2001). Le Tribunal a nié l'existence d'un changement dans les circonstances et dans l'état de santé de l'intéressé, par rapport à ce qui avait été constaté lors de la fixation initiale de la rente, mais a reproché à l'OAI de ne pas avoir examiné les conséquences de l'état de santé sur la capacité de gain résiduelle de l'assuré et, notamment, de ne pas avoir vérifié si un changement important était survenu. Le dossier a ainsi été retourné à l'OAI afin qu'il se prononce sur le genre d'activité que l'assuré était en mesure d'exercer et chiffre le revenu qu'il pouvait en retirer.

A l'issue de l'instruction complémentaire du cas, l'OAI a adressé à la Caisse de compensations Industries Vaudoises, le 11 février 2003, une communication aux termes de laquelle la rente qui était versée jusqu'alors à l'assuré serait réduite à un quart de rente, avec la précision qu'une demi-rente pourrait cependant être versée s'il remplissait les conditions économiques du cas pénible et avait son domicile et sa résidence habituelle en Suisse. La motivation jointe à cette communication était la suivante:

"Dans son jugement du 23 mars 2001, le Tribunal cantonal des assurances a admis que votre état de santé ne s'est pas modifié depuis notre décision d'octroi de rente du 13 mars 1998; vous présentez ainsi toujours une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à vos limitations.

Toutefois, l'autorité de recours nous a retourné votre dossier pour effectuer une comparaison entre les gains que vous pourriez réaliser dans une activité adaptée à votre état de santé et les revenus qui seraient actuellement les vôtres si vous aviez poursuivi votre activité de manœuvre dans une scierie.

Au vu de l'ensemble des renseignements médicaux en notre possession, notre service médical considère que vous ne présentez aucune limitation somatique; seul l'exercice de votre ancienne activité de manœuvre dans une scierie est contre-indiquée en raison du bruit qui peut intensifier vos céphalées.

Selon notre service de réadaptation, vous seriez ainsi en mesure de reprendre à 50% diverses activités du type de celles que vous avez exercées par le passé, comme manœuvre pépiniériste, manœuvre dans le génie civil ou encore manœuvre peintre. Dans ce type d'activités, vous pourriez réaliser un revenu annuel moyen de Fr. 27'451.- à 50%.

Pour évaluer votre taux d'invalidité, ce montant doit être comparé aux gains qui seraient actuellement les vôtres si vous aviez poursuivi votre activité de manœuvre dans une scierie, soit Fr. 53'235.- par an selon les renseignements fournis par votre ancien employeur.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité CHF 53'235.00

avec invalidité CHF 27'451.00

La perte de gain s'élève à CHF 25'784.00 = un degré d'invalidité de 48.43%

Ce nouvel examen de votre dossier faisant suite au jugement du Tribunal cantonal des assurances nous oblige à constater que notre décision d'octroi de rente du 13 mars 1998 était manifestement erronée puisqu'elle ne prenait pas en considération votre capacité de gain dans une activité adaptée à vos limitations, contrairement aux dispositions de l'article 16 LPGA (anciennement 28 alinéa 2 LAI). Cette décision doit par conséquent être reconsidérée conformément à l'article 53 LPGA."

Par décision du 19 mars 2003, annulant et remplaçant la décision du 13 mars 1998, l'OAI a alloué à l'assuré un quart de rente d'invalidité. La réduction de la prestation était effective dès le premier jour du deuxième mois qui suivait la notification de la décision.

Le 16 avril 2003, l'assuré, désormais représenté par Me Stéphane Coudray, a contesté cette décision, faisant valoir que l'OAI avait envisagé un emploi de manœuvre dans trois secteurs d'activité différents (manœuvre pépiniériste, manœuvre dans le génie civil et manœuvre peintre) mais n'avait retenu, pour établir la perte de gain de l'opposant, que le revenu le plus élevé possible dans l'une de ces trois activités. Or, si l'on retenait la moyenne des revenus réalisables dans chacune de ces activités, selon les indications des associations professionnelles, la perte de gain de l'assuré correspondait à un degré d'invalidité de 54%, justifiant le maintien d'une demi-rente.

Par décision sur opposition du 10 juillet 2003, l'OAI a intégralement confirmé sa décision du 19 mars 2003. Il a relevé que le revenu annuel moyen de 27'451 fr. correspondait bel et bien à la moyenne des revenus réalisables dans les activités de manœuvre pépiniériste, manœuvre dans le génie civil et manœuvre peintre, conformément à la brochure "l'information professionnelle et sociale" édition 2002 - qu'il joignait à son envoi -, qu'il s'agissait de salaires moyens, et non de revenus minimaux, dans la mesure où l'assuré avait déjà une expérience professionnelle en Suisse, précisant que l'enquête sur la structure des salaires, fréquemment utilisée par les tribunaux pour évaluer le revenu d'invalidité des assurés, se basait sur les salaires moyens réalisables dans les divers secteurs de l'économie.

Le 18 septembre 2003, l'OAI a rendu une nouvelle décision annulant et remplaçant la décision du 19 mars 2003, au motif qu'après examen du droit à la rente dans les cas pénibles, il pouvait maintenir le droit à une demi-rente d'invalidité en lieu et place d'un quart de rente d'invalidité.

Dans l'intervalle, soit le 15 septembre 2003, l'assuré, toujours par son conseil, a recouru à l'encontre de la décision sur opposition du 10 juillet 2003 auprès du Tribunal des assurances, concluant à son annulation et au maintien de son droit à une demi-rente d'invalidité telle que reconnue par les décisions antérieures de l'OAI. Après avoir émis de

nouvelles critiques sur le calcul du revenu d'invalidé, il alléguait que les céphalées dont il souffrait étaient la conséquence d'une sinusite sphénoïdale, comme l'attestait un certificat médical établi le 5 septembre 2003, et se manifestaient indépendamment de bruits excessifs.

Dans sa réponse du 5 novembre 2003, l'OAI observait que, selon l'attestation du Dr G._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, l'assuré avait déjà été opéré et il n'était pas exclu qu'une nouvelle intervention chirurgicale soit nécessaire; cela constituait un fait nouveau nécessitant un complément de renseignements médicaux sur l'état de santé actuel de l'assuré. L'OAI déclarait ainsi qu'une fois la situation médicale stabilisée, il procéderait à un réexamen du cas avec une expertise médicale pour statuer en toute connaissance de cause sur l'état de santé global. Aux termes de l'écriture, il confirmait sa décision du 10 juillet 2003 et préavisait pour le rejet du recours.

A réception de la réponse du 5 novembre 2003, l'assuré, par son conseil, a demandé à l'OAI qu'il veuille bien lui confirmer que le retrait de son recours n'aurait aucune influence sur le maintien du droit à une demi rente d'invalidité pour cas pénible comme reconnu par décision du 18 septembre 2003. Le 22 janvier 2004, l'OAI a répondu ce qui suit:

"Nous nous référons à vos lettres du 8 janvier et 20 janvier 2004 et vous informons que nous avons évalué le taux d'invalidité de votre mandant à 48%. Ce taux lui ouvre le droit à un quart de rente.

En ce qui concerne la demi-rente (cas pénible), le versement de cette prestation dépend des revenus de l'assuré. Par conséquent, nous ne pouvons pas vous garantir à long terme l'octroi de la demi-rente."

A la suite du retrait du recours de l'assuré, le Tribunal des assurances a rayé la cause du rôle par décision du 17 mars 2004.

Par décision du 30 août 2004, l'OAI a supprimé la demi-rente d'invalidité de l'assuré pour cas pénible, avec effet au 1^{er} septembre 2004; il a maintenu le droit à un quart de rente fondé sur un degré d'invalidité de 48%.

B. Le 7 octobre 2004, le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant de l'assuré, a écrit à l'OAI que, selon lui, le degré d'invalidité de 48% ne correspondait pas à la réalité. A la suite de ce courrier, l'OAI a entrepris la révision du droit à la rente.

Dans le "questionnaire pour la révision de la rente/pour l'allocation pour impotent" signé le 25 octobre 2004, l'assuré a indiqué que son état de santé s'aggravait en raison d'un mal de tête constant, de six opérations du sinus, d'hypertension, de sa respiration (masque), d'autres opérations étant à prévoir. Il a mentionné être sous la surveillance permanente de sa femme, sans toutefois avoir besoin de son aide régulière pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Le rapport médical du Dr D._____ établi le 25 janvier 2005 retenait les diagnostics affectant la capacité de travail de céphalées probablement tensionnelles depuis avant 1994 et de trouble de la personnalité avec structure probablement psychotique. Il joignait à son envoi un certain nombre de documents médicaux.

Après étude des différents documents adressés par le Dr D._____, le Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a indiqué, dans un avis du 25 février 2005, qu'il ne pouvait se prononcer sur une aggravation de l'état de santé de l'assuré et qu'il semblerait même qu'il y ait eu une amélioration. Il proposait dès lors de mettre en œuvre une expertise neurologique. Par avis du 14 avril suivant, le SMR a décidé de confier un mandat d'expertise au Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après: COMAI).

L'expertise médicale a été réalisée les 7 et 15 septembre 2005 par la Dresse Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr P._____, spécialiste FMH en neurologie. Les experts ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des céphalées tensionnelles chronifiées avec possible participation migraineuse et médicamenteuse; ils n'ont diagnostiqué aucune atteinte invalidante sur le

plan psychique. Au terme de leur rapport établi le 12 octobre 2005, ils se sont exprimés comme il suit:

"D'un point de vue somatique, nous retiendrons une diminution de rendement probable en raison des céphalées et des rachialgies banales, cette diminution peut être estimée à 25% dans le cadre d'un travail à 100%. [...] nous ne pensons pas que les troubles ORL jouent un rôle significatif dans l'évolution du cas. Nous ne pensons pas non plus que le syndrome des apnées du sommeil, l'hypertension artérielle et le problème thyroïdien soient à l'origine d'une incapacité de travail.

Sur le plan psychique, en fonction des symptômes évoqués par Monsieur B._____, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, une diminution de la confiance en soi, des troubles du sommeil et une vision négative des perspectives d'avenir, ces symptômes peuvent évoquer une dysthymie. [...]

Quant à la personnalité, les tests psychologiques effectués en juin 1997 indiquaient une personnalité au noyau psychotique. A ce jour, cette personnalité est compensée et n'induit par conséquent pas de dysfonctionnement au quotidien.

Au vu de ce qui précède et la dysthymie n'ayant pas valeur de maladie, la capacité de travail est entière dans une activité manuelle."

Dans un avis du 25 novembre 2005, le SMR a retenu que l'état de santé de l'assuré, sur le plan somatique, ne s'était pas modifié par rapport à celui existant au moment de la décision initiale, à savoir que les pathologies surajoutées n'étaient pas invalidantes au sens de l'AI. Par ailleurs, l'expertise du COMAI n'avait pas révélé de limitations psychiatriques.

Par lettre du 13 mars 2007, le Dr D._____ a annoncé à l'OAI une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Dans son rapport médical intermédiaire du 28 juin 2007, le médecin traitant a expliqué que l'aggravation se situait au plan psychologique; l'expertise du COMAI concluait à un état dysthymique mais il lui semblait observer depuis, au cours des consultations qui avaient lieu toutes les six à huit semaines, de profonds changements par rapport à cette description. Au terme du rapport, il mentionnait que l'état actuel suggérait un trouble dépressif majeur avec somatisations, avec un éloignement de la réalité et une

pauvreté de la pensée, lesquels étaient peut-être en relation avec le noyau psychotique déjà signalé dans une analyse psychologique de 1997. Il joignait un rapport médical du Centre [...], centre d'accueil et de traitement psychiatrique [...], établi le 21 novembre 2006 à la suite de trois consultations et retenant le diagnostic de somatisation chez une personnalité vraisemblablement organisée sur un mode psychotique (F45.0).

Interpellé par l'OAI, les médecins du Centre [...] lui ont adressé un rapport médical le 9 octobre 2007. Le Dr R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, chef de clinique, et C._____, psychologue assistante, ont posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de somatisations (F45.0) et d'autres troubles psychotiques non organiques (F28) avec des troubles du cours de la pensée et des éléments d'allure mélancoliforme, existant vraisemblablement depuis 1996. Dans l'annexe au rapport, ils mentionnaient que le patient se plaignait essentiellement de son incapacité à remplir son rôle de mari et de père, d'une image de lui négative, d'une perte de confiance en lui et de ses douleurs constantes. Ils ajoutaient que l'assuré n'était plus capable d'exercer quelque activité que ce soit, en raison de sa problématique psychotique engendrant de nombreuses confusions en plus des douleurs multiples non expliquées sur le plan organique dont il souffrait de manière constante et continue.

Dans un avis SMR du 13 mars 2008, les Drs N._____ et Z._____, médecin-chef adjoint du SMR Suisse romande, ont indiqué qu'au terme de l'expertise du 9 juillet 1997, le Dr S._____ ne retenait pas d'affection psychiatrique atteignant un seuil diagnostique, ce qui correspondait à la conclusion du Dr L._____ dans son courrier du 6 mars 1997. Selon l'expertise du COMAI de 2005, qui prenait en compte les céphalées tensionnelles chronifiées et les rachialgies cervico-lombaires, la capacité de travail exigible était de 100%, avec une baisse de rendement de 25%. Se référant au rapport du Centre [...] du 9 octobre 2007, ils relevaient que les douleurs constantes avaient été retenues par les experts et que les autres plaintes ne semblaient pas empêcher la

réintégration de l'assuré dans le monde du travail. Cependant, ils ont décidé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique par le SMR.

L'examen clinique psychiatrique a été réalisé le 9 avril 2008 par la Dresse A._____, ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie. Le rapport, établi le 16 avril 2008 et contresigné par la Dresse X._____, médecin-chef du SMR, indiquait notamment ce qui suit:

"Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de somatisation qui selon la CIM-10 est caractérisée par la présence de symptômes physiques multiples, récurrents et variables dans le temps, précédant habituellement de plusieurs années, la 1^{ère} consultation psychiatrique.

Le diagnostic repose sur chacun des éléments suivants:

- Antécédents de plaintes somatiques multiples et variables, pendant au moins 2 ans, ne pouvant être expliqués par un trouble somatique identifiable.
- Refus persistant d'accepter les conclusions et les propos rassurants des médecins confirmant l'absence de toute cause organique pouvant rendre compte des symptômes.
- Les symptômes s'accompagnent d'une perturbation du comportement et conduisent à une altération du fonctionnement social et familial.
- Ce trouble est chronique mais fluctuant et il entraîne une altération du comportement social, interpersonnel et familial.

Nous avons retenu également le diagnostic de trouble de la personnalité fragile de type psychotique à traits narcissiques et paranoïaques, actuellement décompensés qui correspond à un dysfonctionnement durable des conduites déviant de la norme et donnant lieu à une altération du fonctionnement personnel, social et à une souffrance significative.

Dans le cas de notre assuré, le trouble de la personnalité non décompensé ne l'a pas empêché d'assumer une vie socioprofessionnelle normale. C'est depuis environ 1996, dans un contexte de douleurs chroniques, que l'état de l'assuré se péjore progressivement avec une nette aggravation en septembre 2006.

Depuis lors, l'assuré devient de plus en plus persécuté, méfiant, et agressif dans le cadre d'une décompensation du trouble de la personnalité.

Le trouble de la personnalité psychotique décompensé représente une maladie psychiatrique à caractère incapacitant.

Par conséquent, le diagnostic de somatisation, greffé sur un trouble de la personnalité décompensé justifie une diminution de la capacité de travail de 50% dans toute activité et ceci depuis septembre 2006, date de l'aggravation de son état.

Le diagnostic de dysthymie qui est une dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité est insuffisante, pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen, ne représente pas une maladie psychiatrique à caractère incapacitant.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, notre assuré présente une aggravation de son état depuis septembre 2006 et la capacité de travail exigible est de 50% dans toute activité."

Après examen du rapport de la Dresse A._____, le Dr N._____ a confirmé, par avis SMR du 22 avril 2008, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de somatisation (F45.0) et de personnalité fragile de type psychotique à traits narcissiques et paranoïaques décompensés (F61) et sans répercussion sur la capacité de travail, de dysthymie (F34.1). Il a retenu une incapacité de travail de 20% au moins depuis 1996 et une incapacité de travail de 50% dans toute activité, objectivée par l'examen clinique. Il concluait que, sur le plan psychiatrique, l'état de l'assuré s'était aggravé véritablement en septembre 2006 et que depuis lors, l'évolution était chronique et la capacité de travail exigible était de 50% dans toute activité, depuis 2006.

Par préavis (projet de décision) du 8 septembre 2008, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré. Il mentionnait en substance que l'appréciation du préjudice économique devait se faire en fonction d'une exigibilité de 50% dans une activité adaptée, tant sur le plan somatique (l'exigibilité restait inchangée depuis la décision d'octroi de rente) que psychique (conformément aux conclusions de l'examen psychiatrique du 9 avril 2008), de sorte que le taux d'invalidité de 48% retenu dans la décision sur opposition du 10 juillet 2003 était encore valable puisque fondé sur une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Par courrier du 26 septembre 2008, l'assuré s'est opposé au projet de décision, arguant que l'OAI n'avait pas tenu compte de l'infarctus du myocarde dont il avait été victime le 20 juin 2008.

C. Le 29 septembre 2008, le Dr D._____ a adressé à l'OAI différents documents médicaux faisant suite au courrier du 18 septembre précédent, aux termes duquel il annonçait que son patient présentait depuis le 20 juin 2008 une nouvelle atteinte à la santé, indépendante des affections mentionnées dans les précédents rapports médicaux. Dans un rapport du 24 juin 2008, le Dr W._____, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, mentionnait qu'une coronographie avait révélé une sténose significative de l'artère interventriculaire antérieure moyenne et une subocclusion des deux premières diagonales, et qu'un stent actif avait été implanté. Il expliquait que de retour à son domicile, l'assuré avait présenté un arrêt cardio-respiratoire soudain et avait été hélicoptéré au CHUV, où les médecins avaient posé le diagnostic principal d'arrêt cardio-respiratoire sur fibrillation ventriculaire et les diagnostics secondaires d'infarctus du myocarde antérieur (avec sus-décalage du segment ST) compliqué de fibrillation ventriculaire sur thrombose aigue d'un stent actif de l'IVA moyenne et de cardiopathie ischémique sur maladie coronarienne monotronculaire (status post pose de stent actif dans l'IVA le 20 juin 2008).

Dans un courrier du 14 novembre 2008, le Dr D._____ a informé l'OAI que l'angine de poitrine avait récidivé, la scintigraphie à l'effort confirmant une important ischémique antérieure. Il mentionnait que le patient devait subir fin novembre une nouvelle coronarographie qui serait probablement complétée d'une dilatation d'un nouveau stent.

Par avis SMR établi le même jour, le Dr N._____ a retenu que l'arrêt cardio-respiratoire sur infarctus du myocarde antérieur justifiait une incapacité de travail de 100% depuis le 20 juin 2008 à une date non précisée et que l'évolution était décrite comme favorable tant sur le plan cardiovasculaire que neurologique. Il a précisé qu'antérieurement au 20 juin 2008, les conclusions de l'avis médical du 22 avril 2008 étaient inchangées.

Le 15 décembre 2008, le Dr D._____ a transmis un nouveau rapport à l'OAI, faisant état d'une récupération progressive de l'état de conscience, d'une myoclonie transitoire sur ischémie cérébrale et pas d'autres déficits neurologiques que des troubles de la mémoire de fixation et une amnésie antéro-grade. Il a cependant signalé la réapparition d'un angor (angine de poitrine) en octobre 2008, ainsi qu'une ischémie antérieure marquée et un infarctus antéro-septal révélés lors de la scintigraphie du 31 octobre 2008. Il a notamment expliqué ce qu'il suit:

"L'entrée dans la maladie coronarienne avec ces complications dramatiques ont renforcé les troubles de la personnalité de ce patient, tels qu'ils ont été bien décrits dans l'examen psychiatrique SMR du Dr A._____ en avril 2008. L'angoisse de mort est très présente rendant le patient encore plus tendu, agressif, méfiant et incapable d'être actif et rentable dans un emploi.

[...] Un autre point concerne les séquelles neuropsychologiques des 3 arrêts cardiaques-réanimation et maintien du coma en hypothermie. Si la récupération des capacités mnésiques et de la lucidité paraît spectaculaire, un bilan neuropsychologique sera toutefois demandé prochainement au CHUV."

A la question "énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques, existantes?", le Dr D._____ a répondu un renforcement des troubles de la personnalité déjà décrit et un angor d'effort. Il joignait à son envoi le rapport du Service de cardiologie du CHUV du 10 décembre 2008, indiquant que la coronographie effectuée le 8 décembre 2008 avait montré l'absence de resténose du stent placé au niveau de l'IVA moyenne, la présence d'une lésion non significative tant au niveau de l'IVA proximale que de l'IVA distale.

Par avis SMR du 19 janvier 2009, le Dr N._____ a relevé que le problème psychiatrique avait été pris en compte par l'avis SMR du 22 avril 2008, alors que l'infarctus du myocarde du 20 juin 2008 constituait un fait nouveau. Il admettait une incapacité de travail totale dans toute activité pour la période allant du 20 juin 2008 au 10 décembre 2008, date de l'angiographie coronaire qui ne mettait en évidence que des lésions non-significatives et une perméabilité du stent, et retenait les limitations somatiques suivantes, justifiées depuis le 11 décembre 2008: activité sédentaire ou semi-sédentaire en atelier, sans manipulation répétitives de

charges de plus de 7 kg, possibilité d'alterner les positions assis-debout, activité à répartir sur les cinq jours ouvrables de façon égale, pas de stress, pas de contact avec une clientèle. Il précisait que les limitations fonctionnelles psychiques SMR devaient aussi être intégrées et concluait que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50% depuis le 11 décembre 2008.

Le 23 avril 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré un préavis (projet d'acceptation de rente), annulant et remplaçant le projet de décision de refus d'augmentation de rente du 8 septembre 2008, dans le sens de l'augmentation de la rente d'invalidité. Ce préavis mentionnait notamment ce qui suit:

"En raison de votre état de santé psychique, vous avez été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} avril 1997 et d'un quart de rente dès le 1^{er} mai 2003, votre degré d'invalidité ayant été fixé à 48%.

Le 8 septembre 2008, nous vous avons notifié un projet de refus d'augmentation de rente, votre préjudice économique étant toujours de 48%.

Vous avez fait opposition à notre projet de décision le 26 septembre 2008 en précisant que vous aviez été victime d'un infarctus survenu le 20 juin 2008.

Selon le Service médical régional AI (SMR), votre état de santé s'est effectivement aggravé depuis le 20 juin 2008. Par la suite, vous avez bénéficié d'une rééducation cardiovasculaire et votre état de santé s'est amélioré. Le SMR confirme que votre capacité de travail dans votre activité habituelle d'ouvrier de menuiserie est nulle. En revanche, dans une activité adaptée à votre état de santé et qui tient compte de vos nouvelles limitations fonctionnelles depuis votre infarctus (activité sédentaire ou semi-sédentaire en atelier, sans manipulation répétitive de charges de plus de 7 kg avec possibilité d'alterner les positions assis-debout, activité à répartir sur les 5 jours ouvrables de façon égale, pas de stress, pas de contact avec une clientèle) votre capacité de travail est à nouveau exigible à 50% depuis le 11 décembre 2008."

Le préavis retenait ensuite un revenu sans invalidité de 57'732 fr., en 2008. Le revenu d'invalidité a été évalué conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral selon laquelle référence peut être faite aux données statistiques lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est le cas de B. _____ - repris d'activité professionnelle. Selon les données

statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, le salaire de référence était celui auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) (ESS 2006, TA1; niveau de qualification 4). En tenant compte, outre de l'indexation pour 2008, d'une capacité de travail partielle de 50% et d'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles, le salaire exigible final était de 27'625 francs. Après comparaison des revenus, le préjudice économique atteignait 52% depuis le mois de décembre 2008. La décision de l'OAI était par conséquent la suivante:

"A partir du 01.09.2008 (soit après 3 mois d'aggravation depuis le 20 juin 2008) vous avez droit à une rente entière d'invalidité. Dès le 1^{er} avril 2009 (soit après 3 mois d'amélioration depuis le mois de décembre 2008) la rente entière sera remplacée par une demi-rente d'invalidité."

Par lettre du 17 juin 2009, l'assuré, par l'intermédiaire de l'avocate Flore Primault, a indiqué n'avoir aucune observation à l'encontre du nouveau projet de décision du 23 avril 2009.

Par décision du 21 août 2009, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 52%, dès le 1^{er} septembre 2009.

Le 9 septembre 2009, le Dr W. _____ s'est exprimé comme suit à l'encontre de l'OAI:

"Je n'ai pas en main tous les documents, mais il me semble que votre décision est basée surtout sur la capacité cardio-vasculaire, alors que le problème actuel de M. B. _____ est essentiellement neuropsychologique.

Les séquelles de son arrêt cardio-vasculaire prolongé ont été confirmées par des examens neuropsychologiques répétés au CHUV et j'ai effectivement l'impression qu'elles ne permettent pas la reprise d'une activité professionnelle efficace.

M. B. _____ m'a fait part de son intention de faire recours et je pense qu'il faut réexaminer le cas à la lumière de ces éléments-là, étant donné qu'il n'a effectivement guère de limitation cardio-vasculaire."

Le 28 septembre 2009, l'OAI a notifié une décision relative à l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} septembre 2008 au 31 mars 2009 et d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} avril 2009 au 31 août 2009.

D. Par acte du 15 septembre 2009, B._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales contre la décision du 21 août 2009, concluant à la révision de son dossier AI en tenant compte de son inactivité professionnelle et des charges familiales qui lui incombent. Il fait valoir qu'il ressort clairement de la lettre du Dr W._____ du 9 septembre 2009 qu'il lui est impossible de reprendre une activité professionnelle efficace et que les médecins consultés n'ont pas souhaité qu'il reprenne une activité professionnelle.

Dans sa réponse du 20 novembre 2009, l'OAI propose le rejet du recours, en se référant au rapport d'examen clinique psychiatrique du SMR du 16 avril 2008 ainsi qu'à un nouvel avis médical de ce service du 11 novembre 2009. Cet avis, joint à la réponse, mentionne ce qui suit:

"Dans son courrier du 9 septembre 2009 le Dr W._____ cardiologue confirme que le problème actuel de l'assuré est "essentiellement neuropsychologique", ce qui va dans le sens de l'appréciation du SMR qui ne retient que des troubles psychiques pour justifier une IT de 50% dans une activité adaptée aux limitations somatiques de l'assuré. Notre appréciation reste donc inchangée."

Le 2 juin 2010, le recourant produit céans trois certificats médicaux établis par le Dr D._____, attestant d'une incapacité de travail totale du 1^{er} janvier 2010 au 30 juin 2010 (cf. certificat médical du 30 décembre 2009) et du 1^{er} juillet 2010 au 31 décembre 2010 (cf. certificat médical du 28 mai 2010), étant précisé qu'il est souhaitable que son épouse reste auprès de lui au domicile et lors de ses déplacements (cf. certificat médical du 28 mai 2010).

Le recourant dépose céans deux nouveaux certificats médicaux datés du 15 décembre 2010, attestant de son incapacité de

travail totale pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 30 juin 2011 et de la nécessité d'être assisté de son épouse. Un nouveau certificat daté du 15 juin 2011, et produit céans, atteste de l'incapacité de travail du 1^{er} juillet 2011 au 31 décembre 2011.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) par B._____ contre la décision rendue le 21 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé, le recourant faisant valoir une aggravation de son état de santé depuis la précédente décision lui accordant une rente partielle.

3. a) 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 LAI). Toute "invalidité" n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

Il sied de préciser que l'incapacité de gain se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire l'incapacité de travailler dans sa profession habituelle. Une personne présente une incapacité de travail si, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut accomplir une partie ou la totalité du travail qui peut raisonnablement être exigée d'elle dans sa profession ou son domaine d'activité. 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 (cf. art. 6 LPGA). Est par contre 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).

b) 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 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. 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; TF8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1; I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3; I 778/05 du 11 janvier 2007, consid. 6.1).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

De jurisprudence constante, 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 en considération les plaintes de 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 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 les références; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). 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. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecins traitants. De même, le simple fait

qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I_81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la jurisprudence, 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; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4). Le Tribunal fédéral a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert de l'organisme d'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références).

d) Lorsque l'administration a ouvert une procédure de révision ou est entrée en matière sur une nouvelle demande, il faut examiner si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (conditions de la révision selon les art. 17 LPGA et 87 RAI; cf. notamment ATF 133 V 108).

4. En premier lieu, il convient d'apprécier la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies.

a) Dès le mois d'avril 1997, l'intimé a estimé que le recourant présentait une incapacité globale de travail de 50%, résultant tant de problèmes somatiques (principalement céphalées chroniques) que de perturbations psychiques (personnalité au noyau psychotique).

Dans le cadre d'une procédure de révision, un mandat d'expertise - comportant un volet neurologique et un volet psychiatrique - a été confié au COMAI en septembre 2005. Les Drs Q._____ et P._____ ont retenu, sur le plan somatique, des céphalées tensionnelles chronifiées et des rachialgies cervico-lombaires entraînant une diminution de rendement probable estimée à 25% dans une activité à 100%. Sur le plan psychique, ils ont considéré que les symptômes évoqués par l'expertisé (perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, diminution de la confiance en soi, troubles du sommeil et vision négative des perspectives d'avenir) pouvaient évoquer une dysthymie - laquelle n'avait cependant pas valeur de maladie - et que la personnalité au noyau psychotique révélée lors des tests psychologiques de 1997 était compensée et n'induisait pas de dysfonctionnement au quotidien. Les experts ont conclu à une capacité de travail entière dans une activité manuelle.

Sur la base de ces observations, le SMR a retenu que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié sur le plan somatique et qu'il n'avait pas été relevé de limitations psychiatriques.

A la suite d'un courrier du 13 mars 2007, rédigé par le médecin traitant à l'intention de l'OAI, et faisant état d'une aggravation de l'état de santé du recourant au plan psychologique, l'intimé a repris l'instruction du dossier et mis en œuvre un examen psychiatrique au SMR.

Dans le rapport d'examen clinique psychiatrique du 16 avril 2008, la Dresse A._____ a retenu les diagnostics de somatisation (F45.0), de personnalité fragile de type psychotique à traits narcissiques et paranoïaques, actuellement décompensé (F61), et de dysthymie (F34.1). Elle a expliqué que le diagnostic de somatisation, greffé sur un trouble de la personnalité décompensé, lequel représentait une maladie psychiatrique à caractère incapacitant, justifiait une diminution de la capacité de travail de 50% dans toute activité et ceci depuis septembre 2006, date de l'aggravation de son état. Elle a relevé que le diagnostic de

dysthymie ne représentait pas une maladie psychiatrique à caractère incapacitant. En outre, elle a exposé les limitations fonctionnelles psychiatriques suivantes: psychorigidité, méfiance, traits narcissiques et paranoïaques décompensés, diminution de ressources d'adaptation aux changements, l'incapacité de se remettre en question, projection, agressivité et important risque hétéro-agressif et auto-agressif.

Ce rapport a été rédigé en pleine connaissance du dossier AI, intègre une anamnèse complète du recourant et fait état de son status psychiatrique; il comprend par ailleurs des conclusions claires, étayées et cohérentes. Au demeurant, les diagnostics invalidants retenus par la Dresse A. _____ n'apparaissent pas en contradiction avec ceux posés tant par le médecin traitant (rapport médical du 28 juin 2007) que par le Dr R. _____ du Centre [...] (rapport médical du 9 octobre 2007). De plus, la Dresse A. _____ rejoint l'appréciation des médecins précités lorsqu'elle observe que depuis environ 1996, dans un contexte de douleurs chroniques, l'état du recourant s'est péjoré progressivement avec une nette aggravation en septembre 2006.

Cela étant, c'est à juste titre que le SMR a retenu, dans son avis du 22 avril 2008, une incapacité de travail de 50% dans toute activité, depuis 2006, objectivée par l'examen clinique de la Dresse A. _____. Cette appréciation ne saurait être mise en doute par l'avis du Dr R. _____, selon lequel le recourant présente une incapacité totale de travailler, en raison de l'addition de la problématique psychotique et des douleurs multiples sur le plan organique. A cet égard, il sied de rappeler que le taux d'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique) mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (Jacques Meine, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, in: L'expertise médicale, Genève 2002, p. 23 ss; François Paychère, Le juge et l'expert - plaider pour une meilleure compréhension, *ibidem*, p. 147).

b) Le 20 juin 2008, l'assuré présente une nouvelle atteinte à la santé indépendante des affections précédemment retenues, soit un

infarctus du myocarde antérieur. Le SMR admet que cette atteinte constitue un fait nouveau, entraînant une incapacité de travail totale.

Après examen du rapport du 10 décembre 2008 établi par le Service de cardiologie du CHUV, le SMR relève que la coronographie réalisée ne met en évidence que des lésions non-significatives et une perméabilité du stent. Il retient de nouvelles limitations fonctionnelles, principalement physiques (activité sédentaire ou semi-sédentaire en atelier, sans manipulation répétitive de charges de plus de 7 kg, possibilité d'alterner les positions assis-debout, activité à répartir sur les 5 jours ouvrables de façon égale, pas de stress, pas de contact avec une clientèle), auxquelles doivent être intégrées les limitations fonctionnelles psychiques mentionnées dans l'avis SMR du 22 avril 2008, et conclut à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, dès le 11 décembre 2008.

Dans un rapport du 15 décembre 2008, le Dr D._____ fait état d'une récupération progressive de l'état de conscience, d'une myoclonie transitoire sur ischémie cérébrale et ne relève pas d'autres déficits neurologiques que des troubles de la mémoire de fixation et une amnésie antéro-grade. Il expose en outre que les troubles de la personnalité de l'assuré, tels que bien décrits dans l'examen psychiatrique SMR, ont été renforcés par l'accident cardio-vasculaire. L'angoisse de mort est dépeinte comme très présente, "rendant le patient encore plus tendu, agressif, méfiant et incapable d'être actif et rentable dans un emploi". Il s'interroge finalement sur les séquelles neuropsychologiques des arrêts cardiaques, bien que la récupération des capacités mnésiques et de la lucidité paraisse spectaculaire.

Dans la continuité des observations du Dr D._____, le Dr W._____ relève que le problème actuel du recourant est essentiellement neuropsychologique, précisant que les séquelles de l'arrêt cardio-vasculaire prolongé ont été confirmées par des examens neuropsychologiques répétés au CHUV et que celles-ci ne permettent pas la reprise d'une activité professionnelle efficace.

Examinant l'avis du Dr W._____, le Dr N._____ constate que la problématique évoquée va dans le sens de la précédente appréciation du SMR, à savoir que seuls les troubles psychiques justifient une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations somatiques. Or, force est de constater que le Dr N._____ fait abstraction de la problématique neuropsychologique relevée par le cardiologue et du renforcement des troubles de la personnalité invoqué par le médecin traitant, ne retenant que l'aspect psychologique décrit lors de l'examen clinique psychiatrique du 9 avril 2008.

c) A l'aune de ce qui précède, la Cour ne saurait se rallier à l'avis de l'OAI selon lequel le recourant a retrouvé, après une rééducation cardio-vasculaire, une capacité de travail raisonnablement exigible de 50% respectant les nouvelles limitations somatiques établies. L'avis du SMR - émis au demeurant par un spécialiste en médecine interne et non par un cardiologue - est fondé sur l'examen clinique psychiatrique de la Dresse A._____ qui - bien que considéré comme pleinement probant - est antérieur à l'arrêt cardio-vasculaire dont a été victime le recourant. Au demeurant, il ne s'agit que d'une approche psychiatrique et non neuropsychologique.

L'intimé semble avoir ignoré les séquelles de l'arrêt cardio-vasculaire dont a été victime le recourant en juin 2008, lesquelles paraissent susceptibles d'avoir une influence sur la capacité de travail de ce dernier, comme l'attestent le médecin traitant et le Dr W._____. Il y a dès lors lieu de considérer que les éléments du dossier ne permettent pas, en l'état, de porter un jugement valable sur le droit litigieux; un complément d'instruction est ainsi nécessaire sur les plans neuropsychologique et psychiatrique.

La décision querellée doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise neuropsychologique et d'une expertise psychiatrique auprès d'experts indépendants, étant toutefois précisé qu'une collaboration entre le

psychiatre et le neuropsychologue sera vraisemblablement nécessaire. L'OAI est le mieux à même à ce stade d'effectuer cette instruction complémentaire, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans y procède elle-même. L'instruction complémentaire devra ainsi préciser les troubles et les limitations que présente l'assuré, ainsi que sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Il appartiendra ensuite à l'OAI, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit à la rente d'invalidité.

Il sied néanmoins d'indiquer que l'intimé pourra renoncer à cette mesure d'instruction dans l'hypothèse où, sur la base des rapports d'examens neuropsychologiques du CHUV, le SMR exclurait d'emblée une véritable capacité résiduelle de travail du recourant.

5. En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'autorité pour nouvelle décision, après instruction complémentaire au sens des considérants.

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. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.3), 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 des tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant obtenant gain de cause sans le concours d'un mandataire professionnel (art. 55 LPA-VD).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 21 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- B. _____
- 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 :