

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 mars 2021

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Berberat et Durussel, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourant, représenté par Me Marie Signori, avocate à Clarens,

et

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

Art. 28 LAI ; 17 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** W. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, s'est retrouvé en arrêt de travail depuis le 17 novembre 2000 dans son emploi d'ouvrier dans une tuilerie, d'abord pour maladie (lombalgies), puis en raison d'un accident de la circulation survenu le 19 janvier 2001. Il a déposé, le 16 juillet 2001, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 9 décembre 2003, la Dre U. _____, spécialiste en médecine interne générale, et le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie, tous deux médecins au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), ont notamment retenu ce qui suit :

« DIAGNOSTIC

- STATUS POST OPÉRATION D'UN SCHWANNOME DU NERF ACOUSTIQUE À D [réd. : droite] (17.10.02) AVEC PARÉSIE FACIALE SÉQUELLAIRE D ET PERSISTANCE DES VERTIGES
- SURDITÉ D
- SYNDROME CERVICO-VERTÉBRAL ET CERVICO-BRACHIAL G [réd. : gauche] DANS LE CADRE D'UNE DISTORSION CERVICALE PROBABLE (19.01.01) ET CHONDROSE C5-C6 PRÉ-EXISTANTE
- LOMBALGIES ET LOMBOSCIATIALGIES D DANS LE CADRE D'UN TROUBLE DE LA STATIQUE, UN STATUS POST MALADIE DE SCHEUERMANN LOMBAIRE, DES ALTÉRATIONS MINEURES DÉGÉNÉRATIVES ET DES DYSBALANCES MUSCULAIRES
- STATUS APRES TYMPANOPLASTIE BILATÉRALE EN 1994 ET 1995
- STATUS POST OPÉRATION D'UNE FRACTURE DU NEZ (1997)
- DIABÉTE SUCRÉ TYPE II TRAITÉ PAR RÉGIME
- HYPERTENSION ARTÉRIELLE TRAITÉE ET COMPENSÉE
- STATUS POST DEUX TENTATIVES INFRUCTUEUSES D'ÉRADICATION D'UN HELICOBACTER PYLORI

[...]

En l'absence de **limitations fonctionnelles** sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible de l'assuré [est] uniquement tributaire de son état sur le plan biomécanique.

Les limitations fonctionnelles somatiques : pas de travail sur des échafaudages ou sur des échelles. Eviter la position prolongée en flexion-rotation du rachis lombaire ou de rotation extension du

rachis cervical. Eviter le port de charges dépassant les 20 kg occasionnellement et de 5 kg répétitivement.

En ce qui concerne la capacité de travail exigible, celle-ci est limitée par les problèmes neuro-chirurgicaux et ORL, c'est-à-dire la recherche d'équilibre et les vertiges. D'un point de vue rhumatologique, cette capacité de travail n'est que peu limitée, tout au plus en ce qui concerne la position et la sollicitation du rachis. La reprise de son ancien travail dans une usine de briques [n']est bien évidemment pas exigible, par contre un travail adapté l'est clairement. La capacité de travail peut être estimée à 100 % après un temps d'adaptation d'environ 2 mois. »

Une expertise pluridisciplinaire a été réalisée au Centre d'expertise médical à Genève (ci-après : COMAI). Dans leur rapport d'examen du 23 septembre 2005, les Drs E._____, spécialiste en médecine interne générale, G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu que l'assuré présentait depuis décembre 2003 une incapacité de travail de 50 %, ce uniquement pour des motifs psychiatriques. De ce rapport, il ressort en particulier ce qui suit :

« **A.4 DIAGNOSTICS**

A.4.1 avec répercussion sur la capacité de travail

- Vertiges chroniques, déficit vestibulaire droit non compensé.
- Troubles dégénératifs du rachis cervical.
- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM-10: F32.11).
- Somatisation (CIM-10: F45.0).

A.4.2 sans répercussion sur la capacité de travail

- Syndrome métabolique avec obésité moyenne, hypertension artérielle traitée et diabète sucré de type 2.
- Status après exérèse d'un neurinome de l'acoustique à droite le 17.10.2002 avec parésie faciale droite séquellaire et surdité totale droite. »

Par décision du 25 juillet 2008, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2001 au 30 juin 2003, puis d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2004.

b) Dans le cadre du recours que l'assuré a interjeté contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal, le SMR s'est déterminé sur les rapports médicaux produits par le recourant dans un avis médical du 13 août 2009 en ces termes :

« En conclusion, il y a une nouvelle atteinte à la santé objectivée, c'est-à-dire une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule D [droite] associée à une arthrose acromio-claviculaire, démontrée dans l'IRM du 03.06.2009. L'assuré lui-même déclare cependant en souffrir depuis un accident de voiture en 2001, mais les différents examens effectués dès lors n'ont jamais montré une telle atteinte jusqu'en 2009. En terme de limitations fonctionnelles, cela signifie que tout travail qui demande de lever le bras D au-delà de l'horizontal ou de porter des charges lourdes est contre-indiqué. Ces nouvelles limitations fonctionnelles ostéo-articulaires ne sont cependant pas susceptibles de modifier la capacité de travail de 50 % définie par l'expertise de 2005. [...] »

Interpellé par le juge instructeur, le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu, dans son rapport médical du 19 novembre 2009, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome somatique (F32.2) et de trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Il estimait que la capacité de travail de l'assuré était nulle, principalement du fait des troubles de la concentration importants qui affectaient toute l'activité cognitive, dus à la dépression, aux vertiges et aux douleurs.

Une nouvelle expertise psychiatrique a été ordonnée et confiée au Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport, déposé le 25 juin 2010, l'expert a fait les conclusions suivantes :

« **4. Diagnostics**

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

Episodes dépressifs moyens avec syndrome somatique (F32.11)
Somatisation (F45.0)
Vertiges chroniques sur déficit vestibulaire droit non compensé
Troubles dégénératifs du rachis cervical

4.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

Diabète sucré de type II
Syndrome métabolique avec obésité moyenne
Status après exérèse d'un neurinome de l'acoustique à droite le 17.10.2002 avec parésie faciale droite séquellaire et surdité totale droite.

Appréciation du cas et pronostic :

[...]

En conclusion, l'évolution du tableau clinique est restée stable au cours de ces dernières années, sans changement ni dans un sens favorable, comme espéré d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique, ni dans le sens d'une péjoration, et l'incapacité de travail pour motifs psychiatriques est à nouveau évaluée à 50 %. Il n'y a pas lieu d'attendre une amélioration de la situation clinique en raison de la fixation de l'expertisé sur ses troubles qui l'empêche d'envisager une quelconque reprise d'activité professionnelle. »

Le recours déposé par l'assuré a été rejeté par arrêt du 23 novembre 2010 (AI 456/08 - 57/2011).

B. Une révision du droit à la rente a été initiée en novembre 2011, à réception du rapport médical du 7 février 2011 de la Dre Z._____, médecin-conseil du Service de l'emploi de l'Etat de Vaud, qui considérait l'assuré comme totalement incapable de reprendre une activité lucrative, même adaptée.

Dans ses avis des 2 mars et 4 juin 2012, le SMR a estimé que la situation sur le plan somatique n'avait pas changé, se référant à un rapport médical établi par le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, le 27 janvier 2012.

Sur le plan psychique, l'OAI a mandaté le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en vue de réaliser une expertise psychiatrique de l'assuré. Dans son rapport du 30 janvier 2013, cet expert a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1), sans constater d'aggravation depuis les dernières évaluations médicales, et a exclu la présence d'un trouble somatoforme. Il a considéré qu'une activité professionnelle à 50 % était raisonnablement exigible, d'un point de vue psychiatrique.

Par décision du 10 avril 2013, l'OAI a refusé d'augmenter la demi-rente d'invalidité octroyée à l'assuré depuis le 1^{er} novembre 2004.

C. a) Par courrier de son mandataire du 9 septembre 2014, l'assuré a sollicité l'octroi d'une rente entière et produit deux rapports médicaux. Dans le premier, établi le 26 août 2014, le Dr F._____ a indiqué que l'assuré présentait un syndrome douloureux chronique avec des exacerbations récurrentes, essentiellement au niveau de la colonne cervicale et lombaire, ainsi que des épaules, ce qui s'inscrivait dans un contexte de troubles dégénératifs. La situation neurologique et psychique était stable. Selon ce médecin, l'assuré n'avait pas de capacité de travail résiduelle, un travail adapté paraissant illusoire compte tenu de sa formation professionnelle. Dans un rapport médical du 4 septembre 2014, le Dr N._____ a relevé une aggravation des troubles dépressifs depuis trois ans, avec un désinvestissement progressif de toute activité ainsi qu'une aggravation des troubles de la concentration et de la thymie dépressive.

Par écrit du 23 décembre 2014, l'assuré a communiqué à l'OAI qu'il avait fait une grave chute dans les escaliers le 5 septembre 2014, entraînant des atteintes invalidantes au niveau du rachis. Selon le rapport de sortie du Service des urgences du T._____ (ci-après : T._____) du 6 septembre 2014, l'assuré avait présenté un traumatisme crânio-cérébral mineur sans perte de connaissance, ainsi qu'un trauma de l'épaule et du coude.

Selon une prescription de séances de physiothérapie du 19 janvier 2015 faite par la Dre S._____, spécialiste en médecine interne générale, l'assuré avait eu un choc sur l'épaule gauche qui avait entraîné une tendinopathie du sus-épineux et du biceps gauches.

Dans un rapport médical du 28 janvier 2015, le Dr K._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a attesté un état stationnaire sur le plan ORL.

Dans un rapport médical du 20 février 2015, la Dre S._____ a fait état d'une totale incapacité de travail en raison d'une dépression grave avec un risque de passage à l'acte. Elle a également retenu les

diagnostics de trouble somatoforme, de diabète II, de vertiges résiduels, d'hyperplasie prostatique et d'hypertension artérielle.

Le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué, dans un rapport du 23 mars 2015, avoir procédé à une résection d'une protubérance osseuse au niveau du coude droit en date du 10 février 2015, opération qui ne jouait aucun rôle sur la capacité de travail de l'assuré.

Le Dr N._____ a mentionné, dans un rapport du 10 avril 2015, que l'assuré n'avait plus de capacité de travail résiduelle, que son état s'aggravait depuis les dernières années avec un désinvestissement progressif de toutes activités. Il fuyait le contact et peinait à avoir une autonomie s'il n'était pas stimulé dans la vie quotidienne. Les symptômes anxio-dépressifs étaient aggravés par des sentiments de culpabilité liés à son état de santé.

A l'initiative du SMR, un complément d'expertise psychiatrique a été sollicité auprès du Dr V._____. Dans son rapport du 11 juillet 2016, cet expert a fait savoir que l'assuré avait subi une nouvelle chute en avril 2016 en raison d'un « vertige » avec une perte de connaissance de quelques secondes selon ses dires. L'arthro-IRM effectuée le 14 juin 2016 avait objectivé une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. L'assuré avait par ailleurs présenté une dermo-hypodermite du membre inférieur droit qui avait été traitée avec succès et s'était plaint d'une tuméfaction et de douleurs occasionnelles au genou droit. Au niveau psychique, le Dr V._____ a confirmé la présence d'un épisode dépressif moyen (F32.1) ainsi que l'absence d'un trouble somatoforme, quel qu'il soit. Il a considéré que les limitations, les ressources et l'incapacité de travail restaient les mêmes, à savoir que l'assuré présentait une incapacité de travail psychiatrique de 50 %.

Dans un rapport médical du 7 octobre 2016, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que depuis avril 2015, l'assuré avait présenté une dermo-hypodermite du membre inférieur droit

(en 2015 et 2016), des douleurs de l'épaule gauche (dès mai 2016), une prostatite aiguë (en septembre 2015) et un diabète inaugural (dès août 2016). Compte tenu de la lésion de l'épaule gauche, pour laquelle une opération était prévue par le Dr J. _____ (rapport médical 4 juillet 2016), le Dr X. _____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle jusqu'au 31 décembre 2016.

Dans un avis médical du 1^{er} novembre 2016, le SMR a retenu que sur le plan psychiatrique, aucune modification ne s'était produite entre 2013 et 2016, mais que l'assuré présentait une nouvelle atteinte durablement incapacitante sur le plan somatique avec la lésion de l'épaule gauche et qu'il se justifiait de reconnaître une totale incapacité de travail dans toute activité depuis l'accident d'avril 2016.

Selon les rapports médicaux des 7 et 17 février 2017 du Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assuré a été opéré le 19 janvier 2017 de l'épaule gauche avec une réparation du tendon sus-épineux et une ténodèse du long chef du biceps. Son incapacité de travail était totale.

Dans un rapport médical du 9 mai 2017, ce médecin a indiqué que dans une approche médico-théorique, l'activité sans utilisation du membre supérieur gauche pouvait être exercée à 100 % depuis ce jour pour ce qui concerne le problème de l'épaule. L'assuré était toutefois toujours incapable de pratiquer des efforts avec cette épaule, de sorte que le Dr H. _____ a envisagé une incapacité de travail encore de l'ordre de six à huit semaines avant une reprise progressive d'une activité à 50 % puis à 100 % un mois plus tard. Le patient avait également signalé un doigt à ressort de la main gauche pour lequel des investigations étaient en cours. Il présentait en outre un problème de neurinome de l'acoustique à droite et des lombalgies pour lesquelles la capacité de travail restait réduite.

Dans un avis médical du 22 juin 2017, le SMR a conclu à une aggravation temporaire depuis l'accident du mois d'avril 2016 avec

incapacité de travail totale puis récupération d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations psychiatriques, d'épargne rachidien et du membre supérieur gauche à partir de mai 2017. Le SMR a par ailleurs noté ce qui suit :

« Nous rappelons que les atteintes signalées par le [Dr] H. _____ (neurinome de l'acoustique à droite, lombalgies) sont connues et avaient déjà été prises en compte dans le passé (Voir Avis SMR entre 2003 et 2004 et Rapport d'examen SMR du 11.11.2015). En raison des limitations fonctionnelles engendrées par ces atteintes au plan somatique, seule une CT de 50% dans une activité adaptée avait été admise.

Nous n'avons pas retenu le 05.09.2014 comme date de début de l'aggravation, car l'assuré était tombé sur le côté droit ; aucune modification du status ORL et général n'avait [...] été décrit (Voir Rapport médical du Dr K. _____, ORL, T. _____, du 28.01.2015, GED 20.02.2015). »

Par décision du 20 mars 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 1^{er} juillet 2016 au 31 août 2017, puis une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2017, compte tenu d'un degré d'invalidité de 55 %, calculé sur la base des données salariales statistiques et en appliquant un taux d'abattement de 10 %.

b) L'assuré a interjeté un recours contre cette décision auprès de la Cour de céans, produisant notamment un rapport du 26 mars 2018 du Dr X. _____, qui exposait que les douleurs à l'épaule gauche s'étaient progressivement améliorées après la physiothérapie, mais étaient réapparues en janvier 2018, sans cause extérieure. L'arthro-IRM pratiquée le 12 février 2018 avait révélé une récurrence de rupture du tendon sus-épineux, mais une nouvelle intervention n'apparaissait pas indiquée étant donné le diabète de l'assuré qui, même bien contrôlé, entraînait des difficultés de cicatrisation. La poursuite du traitement conservateur ne permettrait vraisemblablement pas à l'assuré de récupérer un usage complet de son bras gauche. Le Dr X. _____ a estimé que la capacité de travail du recourant était nulle et qu'il n'y avait pas d'amélioration importante à attendre. Un reclassement professionnel apparaissait illusoire.

Par arrêt du 29 novembre 2018 (cause AI 144/18 - 344/2018), la Cour de céans a admis le recours de l'assuré et renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction par une expertise bidisciplinaire, à savoir de médecine interne et rhumatologie ou de médecine interne et orthopédie. Elle a précisé que les experts devraient notamment se prononcer sur le début de l'atteinte à l'épaule gauche et sur l'évolution de cette lésion à la suite de l'opération réalisée en janvier 2017 et déterminer si l'ensemble des autres affections somatiques était stable, voire non aggravé, au vu du cumul de plusieurs affections au potentiel évolutif.

c) Par courrier du 28 février 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait mandaté le B. _____ à [...] (ci-après : B. _____) en vue d'une expertise de médecine interne et rhumatologie, qui serait réalisée par le Dr A. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale.

Par courrier du 11 mars 2019, l'assuré a transmis à l'OAI une liste de questions destinées à l'expert et a requis qu'un volet orthopédique soit ajouté à l'expertise.

Par courrier du 14 mars 2019, puis par décision incidente du 8 avril 2019, l'OAI a maintenu la désignation du Dr A. _____ comme unique expert.

Celui-ci a rendu son rapport d'expertise en date du 6 novembre 2019. Il a retenu comme diagnostics une hypertension artérielle, un diabète de type 2 insulino-requérant, une cophose droite, un syndrome vestibulaire droit, une paralysie faciale droite, des cervicalgies chroniques, des lombosciatalgies droites et des épaules douloureuses. Le Dr A. _____ a fait l'appréciation suivante :

« Sur le plan somatique, il a développé :

- Des lombalgies sur troubles statiques secondaires à une ancienne maladie de Scheuermann exist[a]nt depuis 2000 ont motivé, le 17.11.2000, une incapacité de travail qui aurait vraisemblablement dû être temporaire si d'autres conditions morbides ne s'étaient pas produites entretemps. En effet, une reprise n'a jamais pu se réaliser.

- A la suite d'un accident sur la voie publique avec whiplash survenu le 19.01.2001 les lombalgies se sont aggravées et des cervicalgies et des douleurs des deux épaules sont apparues. Ces douleurs expliquées en partie par des modifications dégénératives de C3 à C6 restent réfractaires à un traitement conservateur ambulatoire et en milieu stationnaire (deux séjours au T. _____ et à [...])
- Un syndrome vestibulaire droit avec hypoacousie après tympanoplastie bilatérale en 1994 et 1995, brutalement aggravé lors de l'accident du 19.01.2001, est en réalité secondaire à un neurinome de l'acoustique droit comprimant le tronc cérébral. Ce neurinome est opéré le 17.10.2002 avec un bon résultat sur le syndrome vestibulaire qui a régressé sans disparaître totalement. Malheureusement un dommage collatéral sous la forme d'une paralysie faciale et d'une cophose droites est à déplorer.
- Sur le plan psychiatrique, il souffre d'un épisode dépressif moyen (F32.1) qui a fait l'objet de plusieurs expertises médicales, et qui est responsable de l'octroi d'une demi-rente de l'Assurance Invalidité, effective aujourd'hui à 50%.

Au cours des années, Monsieur W. _____ s'est continuellement plaint des conditions mentionnées ci-dessus, mais également de douleurs aux deux épaules. Il a régulièrement eu recours aux soins qu'ils aient été médicamenteux ou physiques.

Aujourd'hui, les lombalgies qui s'avéraient être consécutives aux séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann lombaire et qui ne pouvaient prétendre justifier une incapacité de travail de longue durée, ont augmenté d'intensité et se manifestent comme une instabilité vertébrale avec des salves fugaces hyperalgiques, de la charnière lombo-sacrée vers le rebord externe du pied en suivant la face latérale de MID [membre inférieur droit]. Ces salves hyperalgiques peuvent survenir sans événement déclenchant particulier, mais le plus souvent en cas de ports de charges supérieures à 3 kg, de mouvements involontaires du tronc ou lors de bousculades. Elles s'estompent rapidement, mais sans disparaître complètement. Elles se compliquent souvent de dysesthésies qui remontent du pied le long de la jambe jusqu'au genou. Aucune perte de sensibilité ou de force musculaire n'est à déplorer, les manœuvres de Valsalva n'engendrent pas de douleurs.

Les cervicalgies, que l'accident du 19.01.2001 [a] révélées, sont ressenties surtout à droite. Aujourd'hui, elles sont décrites asymptomatiques si l'expertisé[...] ne bouge pas sa nuque. Elles se manifesteraient en cas d'une affection intercurrente virale, en cas de stress ou de fatigue. Si présentes, elles tendent à s'étendre à la région dorsale, elles peuvent se compliquer d'une céphalée occipito-temporale droite et exiger le recours à une médication antalgique qui est, en général, couronnée de succès.

Les épaules sont également douloureuses depuis l'accident du 19.01.2001, mais à des intensités variables au cours des années. Elles répondaient aux traitements conservateurs prodigués (médication antalgique, physiothérapie et, à une ou deux reprises

d'infiltrations locorégionales de dérivés stéroïdiens) qui, même si leur efficacité restait éphémère, permettaient des intervalles libres de douleurs incapacitantes. Si l'épaule droite est encore aujourd'hui parfois douloureuse dans les amplitudes maximales des élévations, elle reste fonctionnelle avec la seule limitation de garder le bras en dessous de l'horizontale. L'épaule gauche, qui a souvent fait l'objet de décompensations douloureuses plus importantes que son homologue, s'est avérée porteuse d'une déchirure de la coiffe des rotateurs mise en évidence sur l'arthro-IRM du 09.06.2016. Elle a justifié, le 19.01.2017, une intervention chirurgicale (ténodèse du long chef du biceps, réinsertion du sus-épineux et acromioplastie arthroscopique). Les suites opératoires se sont soldées par une amélioration, malheureusement éphémère, jusqu'en janvier 2018. A cette date, la symptomatologie douloureuse récidive et l'arthro-IRM de l'épaule gauche, pratiquée le 12.02.2018, confirme une nouvelle rupture du sus-épineux. Aujourd'hui l'épaule gauche est le siège de limitations fonctionnelles douloureuses permanentes que les mouvements du MSG [membre supérieur gauche] exacerbent. Un conseilium auprès du Dr H._____, le chirurgien orthopédiste opérateur de l'intervention du 19.01.2017, révèle qu'une nouvelle intervention est peu judicieuse compte tenu des risques d'échec trop importants en regard du bénéfice attendu.

[...]

De ce qui précède, on peut considérer que l'état de santé de Monsieur W._____ s'est incontestablement péjoré sur plusieurs plans.

- le diabète est devenu insulino-requérant
- l'instabilité segmentaire lombaire, déjà existante, s'est révélée
- l'épaule douloureuse gauche s'est aggravée par la récurrence d'une rupture du sus-épineux après une première refixation en janvier 2017.

[...]

8.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Combien d'heures de présence l'assuré peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?

L'activité n'est plus exigible.

- Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Sur le plan de la médecine interne

Oui, en raison des limitations liées au syndrome vestibulaire, la cophose et la lagophtalmie.

Sur le plan rhumatologique

Oui 100% en raison des limitations fonctionnelles douloureuses de la colonne lombaire et des épaules.

- À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans cette activité, par rapport à un emploi à 100 % ?

0%

- Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil de temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ?

Sur le plan de la médecine interne,
Ne s'est pas modifiée.

Sur le plan rhumatologique,
0% du 17.11.2000 au 30.06.2004
50% du 01.07.2004 au 30.06.2016
0% du 09.06.2016 (date de la radiographie et de l'arthro-IRM de l'épaule gauche) au 31.08.2017
50% du 01.09.2017 au 31.12.2018
25% du 01.01.2019 qui se poursuit.

8.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

- Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré ?
Les limitations fonctionnelles déjà déposées par l'expertise de 2005 qui autorisaient déjà une activité adaptée de 100% (pas de travaux en hauteur, pas de maniement de machines vibrantes et potentiellement dangereuses, pas de port de charges lourdes, alternance de positions assises et debout), sont toujours d'actualité. A celles-ci auraient dû figurer, pas de travaux dans un environnement potentiellement dangereux dans l'impossibilité de localiser le danger par manque de stéréophonie ou tendance aux chutes (cophose et troubles vestibulaires) Pas d'environnement riche en courant d'air ou poussiéreux (lagophtalmie), pas de séances plus de 4 heures/j consécutives devant un écran. Aujourd'hui s'ajoutent celles qui sont consécutives aux aggravations : pas d'horaire irrégulier et possibilité de rentrer[r] à domicile pour le repas de midi, pas de travaux avec les bras au-dessus de l'horizontale, pas de cadence obligatoire (travail à la chaîne), pas de port de charges supérieures à 3 kg, pas de position en porte-à-faux, pas de mouvements répétitifs du tronc.
- Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?
8 heures/j sans tenir compte des restrictions d'ordre psychiatrique de 50% décidées par le Dr V. _____
- La performance de l'assuré serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?
Non.
- A quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100 % ?

Compte tenu des exigences du poste de travail adapté au nombre et à l'importance des limitations de l'expertisé, pour autant qu'il en existe un sur le marché ordinaire du travail, serait quoi qu'il en soit de 50% du temps en raison des limitations d'ordre psychiatrique. Les limitations d'ordre somatique sont les mêmes à temps plein et à temps partiel et elles ne se chevauchent pas.

- Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ?

Sur le plan de la médecine interne,

Elle est restée la même : la cophose est définitive, la lagophtalmie et le syndrome vestibulaire sont améliorés, mais ils peuvent récidiver, l'aggravation du diabète n'affecte pas la capacité de travail

Sur le plan rhumatologique

Elle a été considérée comme complète depuis l'expertise de 2005. A subi une diminution de 50% durant l'intervention et la réadaptation pour l'épaule gauche, elle a de nouveau été considérée à 100% après récupération de cette épaule. Elle est à nouveau limitée par la récurrence de la déchirure de la coiffe de l'épaule gauche.

[...]

8.4 Questions se rapportant au cas précis

REPONSES AUX QUESTIONS DE L'AVOCAT

Quel est le degré d'incapacité de travail de M. W. _____ sur le plan somatique, compte tenu de l'atteinte aux deux épaules ?

50% en rendement dans l'activité adaptée, elle-même réduite de 50% pour les raisons psychiatriques décrétées par le Dr V. _____ dans ses expertises de 2013 et 2016. »

Comme requis dans l'avis du SMR du 24 février 2020, l'OAI a adressé des questions complémentaires à l'expert.

Dans un complément d'expertise du 26 mars 2020, le Dr A. _____ a indiqué ce qui suit :

« 1. Nous vous remercions de bien vouloir nous confirmer que la CT [capacité de travail] exigible par l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles que vous avez énumérées est bien de 50% (sur un taux de présence de 100%) ?

Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre somatique que j'ai énumérées, la capacité exigible est de 100% de rendement pour un temps de présence de 100%. Cependant, le Dr

V._____, expert psychiatre, qui a expertisé Monsieur W._____ en 2013 et en 2016 s'est déterminé pour une capacité, en temps, de 50% pour des raisons psychiatriques qui se poursuivent. C'est la raison pour laquelle j'ai écrit :

... Compte tenu des exigences du poste de travail adapté au nombre et à l'importance des limitations de l'expertisé, pour autant qu'il en existe un sur le marché ordinaire du travail, celui-ci serait quoi qu'il en soit de 50% du temps en raison des limitations d'ordre psychiatrique. Les limitations d'ordre somatique sont les mêmes à temps plein et à temps partiel et elles ne se chevauchent pas.

En conséquence, cela donne 50% de temps (psy) pour un rendement de 100% (somatique).

2. Est-ce qu'il y aurait une baisse de rendement ? Si oui, de quel taux ?

Si je ne me détermine que sur les capacités strictement d'ordre somatique constatées lors de la présente expertise, dans le respect des limitations fonctionnelles, il n'y a pas de diminution de rendement.

3. Quelle a été l'évolution de la CT dans une activité adaptée depuis 2014 ?

Si on tient compte de la détermination du Dr V._____, la CT de Monsieur W._____ est de 50%, quelle que soit l'activité, depuis le 30.01.2013 (voire avant selon les expertises antérieures), et qui se poursuit. La situation actuelle respecte cette détermination, elle a toujours été et est encore aujourd'hui de 50%

Sur le plan somatique, en revanche, la CT est toujours la même (100%), mais ce sont les activités adaptées qui se sont modifiées au gré des aggravations de l'état de santé de l'expertisé. Si le taux exigible est resté le même, les limitations fonctionnelles, elles, se sont multipliées. [...] »

Dans son avis du 1^{er} avril 2020, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise, telles que précisées dans le complément du 26 mars 2020.

Dans un avis juriste du 21 avril 2020, l'OAI a constaté que le rapport d'expertise avait pris en considération l'accident survenu le 28 avril 2016 dans la détermination de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles.

Par projet de décision du 23 avril 2020 puis par décision du 2 juin 2020, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré. Il a

retenu que sur le plan somatique, sa capacité de travail dans une activité adaptée avait toujours été de 100 %, mais que l'aggravation de son état de santé avait engendré de nouvelles limitations fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, sa capacité de travail restait limitée à 50 %. Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 65'652 fr. 50 et d'un revenu avec invalidité de 29'543 fr. 60, comprenant un abattement de 10 %, le taux d'invalidité de l'assuré était de 55 %.

D. Par acte de sa mandataire du 2 juillet 2020, W._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière à compter du 5 septembre 2014, subsidiairement à partir du 28 avril 2016, plus subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a pour l'essentiel fait valoir, sur la base des expertises des Drs A._____ et V._____, que sa capacité de travail était de 25 % dans une activité adaptée. Il a par ailleurs estimé qu'un abattement de 15 % devait être fait sur son revenu d'invalidité compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles, de son manque de maîtrise du français, de sa nationalité, de son absence de formation et de son âge.

Dans sa réponse du 1^{er} septembre 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il a maintenu que la capacité de travail du recourant était de 50 % dans une activité adaptée selon le rapport d'expertise et a estimé qu'un abattement de 15 % ne se justifiait pas, le recourant étant au bénéfice d'un permis d'établissement et pouvant mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi

fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le refus de l'OAI d'augmenter la demi-rente d'invalidité allouée au recourant.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou

réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force - qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou

comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

4. a) Dans son arrêt de renvoi du 29 novembre 2018, la Cour de céans a jugé que la mise en œuvre d'une expertise de médecine interne et rhumatologie ou orthopédie était nécessaire afin de déterminer si, et dans quelle mesure, l'état de santé du recourant s'était modifié depuis la décision de l'OAI du 10 avril 2013, qui confirmait son droit à une demi-rente d'invalidité. Dans le cadre de cette décision, l'OAI avait estimé, sur la base de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr V. _____ en 2013, que le recourant présentait une incapacité de travail de 50 % sur le plan psychiatrique et que son état de santé somatique était inchangé depuis la précédente décision de l'OAI (cf. avis du SMR des 2 mars et 4 juin 2012). Cette dernière s'appuyait sur le rapport d'examen clinique bidisciplinaire SMR du 9 décembre 2003 et l'expertise réalisée au COMAI le 23 septembre 2005, qui concluaient à la présence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

L'OAI a fait réaliser une expertise de médecine interne et rhumatologie par le Dr A. _____, qui a rendu son rapport d'expertise le 6 novembre 2019, ainsi qu'un complément en date du 26 mars 2020. Se fondant sur les conclusions du Dr A. _____, ainsi que celles du Dr V. _____ du 11 juillet 2016, l'OAI a, par décision du 2 juin 2020, refusé d'augmenter la rente d'invalidité du recourant et maintenu la demi-rente qui lui était allouée.

b) Dans son expertise, le Dr A. _____ a retracé l'ensemble de l'histoire médicale du recourant, recueilli son anamnèse et ses plaintes, et procédé à un examen complet sur le plan de la médecine interne et au niveau rhumatologique. Il a ainsi pu lister les différentes atteintes dont souffre le recourant et a en particulier pu déterminer l'évolution respective des deux épaules.

Sur le plan de la médecine interne, il a retenu les diagnostics d'hypertension artérielle, de diabète de type 2 insulino-requérant, de

cophose droite, de syndrome vestibulaire droit et de paralysie faciale droite. Ces atteintes existaient déjà lors des précédents examens en 2003 et 2005, à la différence que le diabète est désormais insulino-requérant.

Au niveau rhumatologique, l'expert a posé les diagnostics de cervicalgies chroniques, de lombosciatalgies droites et d'épaules douloureuses. Ces atteintes étaient déjà présentes lors des précédentes évaluations, mais à des degrés d'intensité différent pour ce qui concerne les lombalgies et les omalgies. Le Dr A. _____ a souligné que l'instabilité segmentaire lombaire s'était révélée et que l'épaule douloureuse gauche s'était aggravée par la récurrence d'une rupture du sus-épineux après une première refixation en janvier 2017 (expertise p. 46).

L'expertise peut se voir reconnaître une pleine valeur probante en lien avec les différents diagnostics posés. Le recourant ne fait d'ailleurs pas valoir de grief à ce sujet.

c) Les parties s'opposent en revanche sur la question du caractère incapacitant des différentes atteintes somatiques présentées par le recourant et font une lecture différente du rapport d'expertise.

L'OAI se fonde sur le complément d'expertise pour retenir que le recourant bénéficie, sur le plan somatique, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis 2013 au moins et que l'aggravation de son état de santé a seulement entraîné de nouvelles limitations fonctionnelles. De son côté, le recourant estime que sa capacité de travail dans une activité adaptée n'est que de 25 %, se prévalant du passage de l'expertise dans lequel le Dr A. _____ indique que l'atteinte aux épaules entraîne une diminution de rendement de 50 % dans l'activité adaptée, elle-même réduite de 50 % pour les raisons psychiatriques décrétées par le Dr V. _____ dans ses expertises de 2013 et 2016.

Il faut en effet constater que l'expertise du Dr A. _____ manque de clarté sur la question de la capacité de travail exigible, respectivement l'existence d'une diminution de rendement.

Il est admis que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle est nulle d'un point de vue somatique (expertise question 8.1 p. 48), ce que reconnaît l'OAI. Les précédentes évaluations faites par le SMR et le COMAI étaient également arrivées à la conclusion que l'activité habituelle n'était plus exigible. Au vu de ce qui précède, on peine à comprendre l'évolution de la capacité de travail dans l'activité habituelle décrite par l'expert sur le plan rhumatologique (expertise question 8.1 p. 49). Ce point n'apparaît toutefois pas déterminant dans la mesure où le recourant est renvoyé à l'exercice d'une activité adaptée.

En ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée, sous réponses à la question 8.2, l'expert constate une capacité de travail de 100 %, 8 heures par jour, d'un point de vue somatique, sous réserve des limitations fonctionnelles qu'il décrit, en précisant que l'expert psychiatre a pour sa part admis une capacité de travail de 50 %. Plus loin, dans ses réponses à la question 8.4, il décrit toutefois la capacité résiduelle de travail comme suit : « 50 % en rendement dans l'activité adaptée, elle-même réduite de 50 % pour les raisons psychiatriques décrétées par le Dr V. _____ dans ses expertises 2013 et 2016 ». Cette formulation donne à penser que l'expert atteste finalement une capacité de travail de 25 % en tenant compte des atteintes à la santé psychique et physique, à savoir un rendement diminué de 50 % pour des raisons somatiques, dans le cadre d'une activité limitée à un mi-temps en raison d'atteintes à la santé psychique. L'expert n'était donc pas clair sur le point de savoir s'il admettait au final une diminution globale de la capacité de travail de 75 % ou de 50 %, en particulier s'il admettait une diminution de rendement dans une activité adaptée, exercée à mi-temps.

Dans un rapport complémentaire du 26 mars 2020, le Dr A. _____ a cette fois exposé qu'il admettait une pleine capacité de travail dans une activité exercée à mi-temps, sans diminution de rendement.

Cette affirmation paraît toutefois contredite par le constat de la diminution de rendement de 50 % en raison des atteintes aux épaules dont il fait état en p. 47 du rapport d'expertise. Il indique en effet que parmi les nouvelles limitations fonctionnelles consécutives à l'aggravation de l'état de santé, seule la récurrence de l'épaule douloureuse hyperalgique gauche limite davantage l'expertisé dans son activité adaptée, en diminuant le rendement de 50 %. De même, se prononçant sur l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr A. _____ note que celle-ci a « subi une diminution de 50 % durant l'intervention et la réadaptation pour l'épaule gauche, elle a de nouveau été considérée à 100 % après récupération de cette épaule. Elle est à nouveau limitée par la récurrence de la déchirure de la coiffe de l'épaule » (expertise p. 50). En l'état, on ne peut pas conclure de l'expertise, malgré le rapport complémentaire du 26 mars 2020, que le requérant dispose, d'un point de vue somatique, d'une capacité résiduelle de travail de 100 % dans une activité adaptée, sans diminution de rendement.

On ne peut toutefois pas davantage en conclure, comme le demande le requérant, que ce dernier ne dispose que d'une capacité de travail de 25 % dans une activité adaptée, en raison d'un rendement diminué de 50 % (pour des motifs somatiques) dans une activité exercée à mi-temps seulement pour des raisons psychiatriques. Dans ses expertises de 2013 et 2016, l'expert V. _____ n'a en effet pas indiqué dans quelle mesure l'incapacité de travail qu'il attestait était liée à une diminution de la capacité de rendement et dans quelle mesure elle était liée à une diminution du taux d'activité exigible. Peut-être a-t-il considéré qu'un rendement plus ou moins élevé pouvait être attendu du requérant selon son taux d'activité, compte tenu de la diminution constatée de son élan vital. A ce stade, une concertation entre les deux experts paraît dès lors nécessaire pour définir la capacité de travail du requérant compte tenu de l'ensemble de ses atteintes à la santé.

5. Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à

cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

Il appartiendra à l'intimé de demander davantage d'éclaircissements à l'expert A._____, et d'exiger qu'il motive son constat relatif à la diminution de rendement, ou à l'absence de diminution de rendement du recourant dans une activité adaptée. L'expert prendra soin de s'exprimer clairement sur la durée d'une éventuelle incapacité de travail liée à l'intervention pratiquée en janvier 2017, éventuellement sur une incapacité de travail antérieure liée aux atteintes traitées lors de cette intervention. Il appartiendra surtout à l'OAI d'inviter les experts A._____ et V._____ à se mettre en rapport pour préciser conjointement leurs constatations relatives à la capacité résiduelle de travail du recourant, d'un point de vue interdisciplinaire.

6. a) Le recours est par conséquent admis et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'une mandataire qualifiée, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 2 juin 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Marie Signori (pour W._____),
- 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 :