

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 janvier 2026

Composition : M. WIEDLER, président
MM. Neu et Tinguely, juges
Greffier : M. Reding

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à U***, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 8, 16 et 61 let. c LPGA ; art. 4 et 28 LAI ; art. 26^{bis} al. 3 RAI

En fait :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en ***. Sans formation, il a exercé l'activité de parqueteur à titre indépendant de 2006 à 2019.

Le 31 janvier 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant se trouver en incapacité de travail totale depuis le 16 décembre 2013 en raison de cartilage usé et d'un ménisque déchiré, lequel avait été opéré en mars 2011.

Par rapport du 10 mars 2014, le Dr F. _____, médecin praticien, a posé les diagnostics - incapacitants - de status post-triple pontage aortocoronarien (le 2 décembre 2011), de gonalgies bilatérales chroniques, de status post-arthroscopie du genou gauche (le 17 février 2012) et de dorsolombalgies chroniques. Selon lui, la capacité de travail de son patient se montait à 50 % à compter du 1^{er} avril 2014, ce tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Dans un avis du 25 mars 2014, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a repris les conclusions du Dr F. _____ en lien avec la capacité de travail dans l'activité habituelle. Il a, en revanche, estimé que celle-ci était pleine dans une activité adaptée.

Par décision du 25 novembre 2014, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré.

B. Le 11 mai 2016, B. _____ a formulé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, expliquant être incapable de travailler depuis le 1^{er} décembre 2016 [*recte* : 2015] du fait de « *déchirures musculaires* » à l'épaule droite, « *avec des complications pour se reconstruire* ».

Par rapport du 22 juin 2016, le Dr F._____ a relevé les diagnostics - incapacitants - d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (status post-endartériectomie du carrefour aortique [le 20 mars 2012]), de phénomène de Raynaud (depuis l'enfance), d'athérome non sténosant des axes supra-aortiques (au contrôle du 2 mars 2016), de maladie coronaire tritronculaire sévère, avec hypokinésie nette septo-apicale (le 23 septembre 2011) et status post-triple pontage aortocoronarien (le 2 décembre 2011), de lombocruralgies bilatérales de longue date dans le contexte d'un canal lombaire étroit, avec discopathies lombaires étagées, spondylarthrose lombaire, syndrome de Bastrup et protrusion postérieure du disque aux vertèbres L3-L4 et L4-L5, de gonalgies gauches chroniques (status post-arthroscopie [le 17 février 2012]), de cervicobrachialgies droites chroniques sur uncarthrose étagée des vertèbres C3 à C7 et cervicarthrose des vertèbres C3 à C6, et d'omalgies droites chroniques dans le contexte d'un conflit sous-acromial, avec arthropathie inflammatoire de l'articulation acromio-claviculaire. D'après lui, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle dès le 1^{er} décembre 2015, étant précisé que l'exercice de cette dernière était exigible à 100 % « *dès la guérison* ». La capacité de travail dans une activité adaptée, sans « *[p]osition statique prolongée debout et assise, position en porte-à-faux, bras au-dessus des épaules, port de charges supérieures à 1 KG dans le bras gauche* », était, quant à elle, entière.

Par projet de décision du 11 mai 2017, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il comptait lui nier le droit aux prestations demandées.

Par rapport du 1^{er} juin 2017, le Dr F._____ a déclaré que l'état de santé de l'assuré s'était durablement aggravé depuis la dernière décision de refus. Ainsi, en plus des maladies décrites dans sa dernière appréciation, son patient avait présenté, en octobre 2016, une meralgie paresthésique droite. Il souffrait, en outre, d'un syndrome du canal carpien à droite.

Le 12 juin 2017, l'assuré s'est opposé au projet de décision précité.

Dans un avis du 23 juin 2017, le SMR a soutenu que les éléments apportés par le médecin traitant n'étaient pas de nature à modifier ses conclusions.

Par décision du 27 juin 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 11 mai 2017.

Saisie par l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté son recours par arrêt du 7 février 2019 (dans la cause AI 263/17 - 33/2019).

C. Le 16 juillet 2019, B. _____ a transmis, à l'OAI, une troisième demande de prestations, mentionnant être totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} octobre 2018.

Par rapport du 23 août 2019, le Dr F. _____ a repris les diagnostics - incapacitants - posés dans son rapport du 22 juin 2016, tout en ajoutant ceux d'occlusion de l'artère iliaque interne gauche (le 8 mars 2018), de troubles cognitifs dans le contexte de trouble thymique, avec trouble de la mémoire et de la concentration, et de syndrome d'apnées obstructives du sommeil non appareillé. Selon lui, la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 1^{er} octobre 2018 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

« Position statique prolongée debout et assise, position en porte à faux, travailler les bras au-dessus de l'horizontal, port de charges supérieures à 1 kg dans le bras droit. Mémoire, concentration et résistance. ».

Par rapport du 11 mars 2020, le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a noté les diagnostics - incapacitants - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (CIM-10 [10^e révision de la classification internationale des maladies] F33.0), de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent (CIM-10 F10.20), et d'apnées du sommeil (CIM-10 G47.3). Il a évalué la capacité de travail entre 20 % et 40 % dans une activité adaptée, soit un emploi sans stress, avec peu de

contacts et comportant des tâches simples et répétitives, tout en spécifiant que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle pour des raisons somatiques.

Par rapport du 20 mars 2020, le Dr F._____ a exposé que la situation était stable sur le plan cardiologique, avec la persistance de la dyspnée et de la claudication intermittente des membres inférieurs, et des douleurs rachidiennes. Le conflit sous-acromial de l'épaule droite s'était, en revanche, aggravé, limitant de ce fait le membre supérieur droit.

Par rapport du 10 juin 2021, ce même médecin a fait état d'une persistance des douleurs aux membres inférieurs, lesquelles limitaient la montée des escaliers et le périmètre de marche à moins de 200 mètres, et d'une recrudescence des douleurs de l'épaule droite depuis un mois, avec des limitations fonctionnelles de plus en plus handicapantes.

Le 12 janvier 2022, l'assuré a été opéré par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a procédé à un transfert du *latissimus dorsi* sur le trochin à droite dans le cadre d'une rupture irréparable du supra-épineux et du sous-scapulaire. Par rapport du 13 avril 2022, ce médecin a constaté une élévation antérieure active et une rotation externe complètes, mais une rotation interne et une rétropulsion encore nettement diminuées par rapport au controlatéral.

Par rapport du 1^{er} décembre 2022, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une lésion chronique et irréparable des tendons supra-épineux et sous-scapulaire de l'épaule droite, avec status post-transfert du grand dorsal de l'épaule droite (en janvier 2022). Il a indiqué que les douleurs au repos étaient sous contrôle et que l'assuré parvenait à effectuer ses activités quotidiennes.

Par rapport du 16 février 2023, la Dre N._____, spécialiste en neurochirurgie, a mis en évidence le diagnostic de lombosciatalgies

gauches chroniques, tout en attestant que l'assuré ne pouvait pas travailler en raison des douleurs.

Par rapport du 21 mars 2023, le Dr F. _____ a noté l'apparition d'une petite hernie discale aux vertèbres L4-L5. Il a, par ailleurs, relevé que l'intervention de janvier 2022 avait été favorable en ce qui concernait la douleur, mais négative sur le plan fonctionnel, la force dans le membre supérieur droit de son patient restant faible. Selon lui, la capacité de travail était toujours nulle depuis le 1^{er} octobre 2018 dans toute activité.

Dans un avis du 26 avril 2023, le SMR a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets en médecine interne, en psychiatrie et en rhumatologie, en orthopédie ou en médecine physique, ainsi qu'un examen neuropsychologique.

Par rapport du 4 mai 2023, la Dre P. _____, spécialiste en chirurgie de la main, a signalé que le 19 janvier 2023, l'assuré avait été opéré de la main droite en raison d'une maladie de Dupuytren, tout en précisant que l'évolution était favorable.

A quatre reprises entre mai et juillet 2024, l'assuré a été examiné par les Drs G. _____, spécialiste en médecine interne générale, H. _____, spécialiste en rhumatologie, et A. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que par Mme D. _____, neuropsychologue, tous quatre actifs auprès du centre C. _____ (ci-après : le centre C. _____). Dans une évaluation consensuelle établie le 26 septembre 2024, ces derniers ont retenu les diagnostics d'omalgies droites chroniques (CIM-10 M79.6), avec tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et déchirure des tendons supra-épineux et sous-scapulaires, transfert du grand dorsal de l'épaule droite (en janvier 2022) et omarthrose anamnestique, de cervico-lombalgies chroniques communes non-spécifiques (CIM-10 M54.2 et M54.5), avec troubles dits dégénératifs, de gonalgies bilatérales prédominant à gauche (CIM-10 M77.9), avec gonarthrose bi-compartmentale bilatérale, prédominant au compartiment interne et à gauche, de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-

10 F45.4), de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2), d'accentuation de certains traits de personnalité (CIM-10 Z73.1), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (CIM-10 F10.1), de trouble neuropsychologique d'intensité légère à moyenne (CIM-11 [11^e révision de la classification internationale des maladies] 6EOZ), avec signes de fléchissement exécutif sur le plan comportemental et cognitif, défaut d'attention avec baisse de rendement et performances mnésiques antérogrades limites en modalité verbale et non-verbale, de status post-endartériectomie du carrefour aortique par laparotomie pour sub-occlusion de l'aorte abdominale terminale (le 20 mars 2012) et occlusion chronique de l'artère iliaque interne gauche, avec absence d'insuffisance artérielle des membres inférieurs (CIM-11 BD30), de cardiopathie ischémique (CIM-11 BA51), avec status post-triple pontage aortocoronarien (le 2 décembre 2011), et de syndrome obstructif d'apnées du sommeil de degré modéré (CIM-11 7A41), composé essentiellement d'hypopnées (le 23 décembre 2010). Ils ont, en outre, considéré que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de parqueteur était nulle depuis 2017 au moins, ce principalement pour des raisons rhumatologiques, et de 50 % depuis fin 2018 ou début 2019 dans une activité adaptée du fait des atteintes rhumatologiques, psychiatriques et neuropsychologiques. Une capacité de travail nulle dans toute activité pour une période de trois mois à dater de l'opération de l'épaule droite, en janvier 2022, était, au demeurant, attestée. Les experts ont, enfin, arrêté les limitations fonctionnelles suivantes :

« D'un point de vue médico-théorique rhumatologique, activité physiquement légère, ne nécessitant pas de mouvement répétitif du membre supérieur droit, des mouvements d'élévation antérieure et d'abduction de l'épaule droite supérieurs à 90° et de manière occasionnelle uniquement, absence d'activité professionnelle nécessitant des mouvements de rotation externe interne de l'épaule droite. Activité professionnelle ne nécessitant pas de marche en extérieur, montée et descente répétitive d'escaliers, position accroupie ou à genou, exposition à des vibrations corporelles, maintien de position statique prolongée sans possibilité de varier la position. Une activité assise, avec possibilité de fléchir et étendre les genoux de manière libre et non-limitée est possible, possibilité également de se lever toutes les heures, marcher quelques pas puis de se rasseoir.

D'un point de vue neuropsychologique, une activité simple est à privilégier en évitant les tâches requérant un niveau d'exigence élevé.

En raison des limitations psychiatriques, une activité adaptée serait toute activité comportant de faibles exigences par rapport à la capacité d'adaptation aux règles et aux routines, la capacité de planification et de structuration des tâches, la capacité d'adapter son comportement, ses réflexions et son vécu à des situations changeantes. Faibles exigences par rapport à la mise en œuvre des compétences professionnelles. Une activité avec de faibles exigences par rapport à la capacité d'endurance, la capacité d'évoluer au sein d'un groupe et des activités spontanées. ».

Dans un avis du 7 octobre 2024, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise du centre C._____.

Par projet de décision du 15 octobre 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2020.

Le 14 novembre 2024, l'assuré, désormais représenté par Me Philippe Nordmann, a contesté ce projet de décision, estimant avoir droit à une rente entière d'invalidité. En parallèle, il a fait savoir que son courrier valait, subsidiairement, demande de révision.

Le 28 novembre 2024, l'assuré a complété ses observations.

Par décisions des 6 et 14 janvier 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision.

D. Le 6 février 2025, B._____, sous la plume de son mandataire, a déféré ces deux décisions devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à leur réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu, subsidiairement, à ce que l'OAI soit invité à statuer sur sa demande de révision du 14 novembre 2024, dans la mesure où cette dernière avait été implicitement rejetée, et, plus subsidiairement, à leur annulation et au renvoi de la cause à cette autorité.

Par réponse du 1^{er} avril 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 13 mai 2025, l'assuré a implicitement maintenu ses conclusions.

Par duplique du 6 juin 2025, l'OAI a confirmé ses conclusions.

En droit :

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. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la

rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Dans le cas présent, le recourant s'est vu reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2020, soit six mois après le dépôt de sa troisième demande de prestations (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI). Il convient donc d'appliquer le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, cette prestation ayant pris naissance avant le 1^{er} janvier 2022.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

4. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose 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 conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

6. a) En l'espèce, à l'issue de l'examen de la demande de prestations du 16 juillet 2019, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2020. Il s'est, dans ce cadre, essentiellement fondé sur les conclusions de l'expertise du centre C._____, lesquelles ont été confirmées par son service médical. Il a ainsi attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de parqueteur depuis 2017 et de 50 % depuis 2019 dans une activité physiquement légère, qui était adaptée aux limitations fonctionnelles neuropsychologiques (soit pas de tâches requérant un niveau d'exigence élevé), psychiatriques (soit un travail tenant compte de la diminution de l'endurance, de la fatigabilité et des difficultés dans les relations interpersonnelles) et rhumatologiques d'épargne du membre supérieur droit, du rachis et des genoux.

Le recourant a, pour sa part, soutenu, en substance, que l'exercice d'une activité adaptée n'était pas exigible au vu de ses

nombreuses atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles importantes qui en découlaient. Il n'a cependant pas contesté les conclusions du volet de médecine interne générale de l'expertise.

b) Cela étant, rien ne permet de remettre en cause la position des experts du centre C. _____. Les points litigieux ont, en effet, fait l'objet d'une étude circonstanciée. A cet égard, ils portaient principalement sur l'évaluation de la capacité de travail. Les atteintes et les limitations fonctionnelles retenues se révélaient, elles, dans l'ensemble, superposables à celles mises en évidence par les médecins traitants. Il apparaît donc que les avis de ces derniers ne constituaient qu'une appréciation différente d'un même état de fait. Les experts ont, en outre, réalisé des examens complets sur la personne du recourant. Le Dr G. _____ a ainsi mené les investigations cliniques nécessaires, notamment sur le plan cardiovasculaire. Le Dr H. _____ a, lui, procédé aux manipulations des membres et articulations de l'assuré et contrôlé la marche. La Dre A. _____, quant à elle, a réalisé - entre autres examens - un entretien approfondi et des analyses complémentaires dans le but d'estimer la gravité de l'anxiété (échelle d'Hamilton) et de la dépression (échelle MADRS [*Montgomery-Åsberg depression rating scale*]), tout en mesurant les aptitudes du recourant à l'aune de la Mini CIF-APP. Mme D. _____, pour sa part, a effectué le bilan neuropsychologique commandé. De surcroît, les plaintes exprimées par le recourant, spécifiquement celles en lien avec ses angoisses et ses douleurs au bras et à l'épaule droits, aux genoux et au rachis, ont été prises en considération par les experts. Ces derniers ont, par ailleurs, établi leur rapport respectif et l'évaluation consensuelle en pleine connaissance du dossier, dont des divers rapports des médecins traitants et des nombreux résultats d'imagerie. Enfin, ils ont décrit et apprécié la situation médicale de manière claire. Leurs conclusions ont été bien motivées et sont dénuées de contradiction.

c) aa) Sur ce dernier point, l'expert rhumatologue a exposé que les omalgies avaient pu être diminuées en intensité par l'intervention de janvier 2022. Le recourant était, en revanche, toujours limité dans l'utilisation de son épaule droite, avec une perte de force du membre

supérieur. Dans ces conditions, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. L'assuré était néanmoins à même d'exercer à 80 % une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'épargne du membre supérieur droit, du rachis et des genoux – lesquelles semblaient d'ailleurs cohérentes au vu des douleurs et de la baisse d'amplitude et de force dans le membre supérieur droit –, compte tenu d'une baisse de rendement de 20 % afin de prendre en considération le fait qu'il devait pouvoir se lever et faire quelques pas toutes les heures.

bb) Au plan psychiatrique, la Dre A. _____ a certifié une capacité de travail résiduelle de 50 % dans n'importe quelle activité, tout en arrêtant des limitations fonctionnelles en lien avec des difficultés portant sur les capacités d'adaptation aux règles et aux routines, les capacités de planification et de structuration des tâches, les capacités d'adaptation du comportement, des réflexions et du vécu aux situations changeantes, les capacités de mise en œuvre des compétences professionnelles, les capacités d'endurance, les capacités d'évolution au sein d'un groupe et les capacités d'exécution d'activités spontanées. Pour parvenir à sa conclusion, elle a procédé à un examen complet des indicateurs de l'ATF 141 V 281 (cf. *supra* consid. 5d). Elle a, à ce titre, posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, à savoir une atteinte qui présente de manière inhérente un degré de gravité (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), tout en notant des douleurs intenses et persistantes au niveau des genoux et de l'épaule, lesquelles étaient disproportionnées par rapport aux atteintes physiques. Elle a également jugé que les symptômes anxieux et dépressifs n'étaient pas suffisamment graves pour justifier un diagnostic de trouble de l'humeur ni un trouble anxieux à part entière (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). S'agissant des traitements, elle a ajouté qu'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique pouvait être un soutien pour le syndrome douloureux somatoforme persistant et soigner tant le trouble anxieux et dépressif mixte que l'accentuation de certains traits de personnalité. En parallèle, l'assuré pouvait bénéficier d'une prise en charge alcoologique spécialisée. Une coordination des soins psychiatriques et somatiques était, pour le reste, importante. La capacité de travail du point de vue psychiatrique ne pouvait toutefois pas être améliorée à moyen

terme, malgré une éventuelle introduction de telles mesures. Le recourant souffrait d'un état psychique chroniquement « cristallisé » et ses ressources internes étaient faibles. Concernant les mesures de réadaptation, celui-ci n'investissait pas de manière positive une éventuelle reprise professionnelle et disposait des ressources internes faibles face à un changement de profession (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). Pour ce qui est des comorbidités, l'experte psychiatre a relevé que le trouble anxieux et dépressif mixte et le syndrome douloureux somatoforme persistant se chevauchaient et s'auto-alimentaient, ce qui avait un impact négatif sur le pronostic pour les soins de cette première atteinte. La consommation importante d'alcool participait, de plus, à la symptomatologie anxieuse (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). La Dre A. _____ a, au demeurant, écarté tout trouble de la personnalité. Elle a indiqué que les « fonctions complexes du Moi » étaient globalement présentes, même si elles étaient, pour l'heure, diminuées dans leur efficacité en raison des troubles psychiques : le sens de la réalité était conservé ; la capacité à gérer les émotions était maintenue durant l'entretien, même si des antécédents de troubles du contrôle des impulsions avaient été observés par le passé ; l'intentionnalité (c'est-à-dire capacité de se référer à un objet) était, en revanche, affaiblie en raison de la fatigabilité et de l'anxiété liée à l'évolution des douleurs (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Quant au contexte social, l'experte a mentionné que la recourant bénéficiait d'un soutien important de la part de son épouse et de ses deux enfants et surtout de sa fille, laquelle habitait dans le même bâtiment. Il n'y avait, en conséquence, pas lieu de constater un isolement social, les relations familiales et amicales constituant une ressource claire (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.3). Au surplus, le recourant avait livré une anamnèse cohérente, en exprimant son désarroi face à ses symptômes physiques et une perte de l'énergie interne, ainsi qu'en éprouvant un sentiment de désespoir. Il ressortait du descriptif de la journée-type que les douleurs l'immobilisaient dans sa vie quotidienne (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). Enfin, le recourant ne bénéficiait actuellement pas d'une prise en charge psychiatrique. Il était, par contre, anosognosique vis-à-vis de sa consommation d'alcool (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

cc) Du point de vue neuropsychologique, Mme D._____ a certifié une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 70 % dans une activité adaptée. Elle a justifié son appréciation par le fait que le trouble neuropsychologique d'intensité légère à moyenne diagnostiqué était susceptible d'entraîner une capacité fonctionnelle légèrement limitée au quotidien et moyennement limitée dans le travail ou lors de tâches requérant un niveau d'exigences élevé.

dd) Finalement, dans leur évaluation consensuelle, les experts du centre C._____ ont estimé qu'à cause des douleurs chroniques et des limitations d'ordre rhumatologique, l'activité habituelle de parqueteur n'était plus exigible. En revanche, toujours du point de vue rhumatologique, le recourant pouvait théoriquement exercer une activité adaptée respectant ces limitations fonctionnelles, ce moyennant une légère baisse du rendement de 20 %. Sa capacité de travail était cependant entravée au niveau neuropsychologique et psychiatrique. En raison du syndrome douloureux somatoforme persistant, du trouble anxieux et dépressif mixte, de la consommation éthylique et du trouble neuropsychologique léger à moyen, elle s'élevait à 50 % dans une activité adaptée respectant les limitations sur ce plan depuis fin 2018 ou début 2019.

d) Au regard de ce qui précède, il sied d'accorder une pleine valeur probante au rapport d'expertise du centre C._____ et, de ce fait, reconnaître au recourant - à l'instar de l'intimé - une incapacité de travail totale dans son ancienne activité et de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles rhumatologiques, psychiatriques et neuropsychologiques, ce à compter de janvier 2019.

7. a) Les conclusions de l'expertise précitée ayant été validées, il reste encore à déterminer si le recourant est en droit de prétendre - comme il le soutient - à une rente d'invalidité d'une quotité supérieure à celle dont il bénéficie actuellement, ce en procédant à une comparaison entre les revenus avec et sans invalidité (cf. *supra* consid. 3b *in fine*).

b) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août

2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

dd) Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI – dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023 –, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opéré sur la valeur statistique.

Le Tribunal fédéral a estimé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et que, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il convient d'examiner également la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10). Il y a lieu, en ce sens, de tenir compte de facteurs liés à la personne assurée susceptibles de réduire ses perspectives salariales, tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Sur la base d'une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité, la

jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75 consid. 5b/bb-cc), ce y compris l'éventuelle déduction de 10 % pour le travail à temps partiel (lettre circulaire AI n° 445 du 26 août 2024 de l'Office fédéral des assurances sociales [ci-après : l'OFAS]).

ee) Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2024, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

D'après le chiffre II des dispositions transitoires relatives à la modification du RAI du 18 octobre 2023, pour les rentes en cours à l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 qui correspondent à un taux d'invalidité inférieur à 70 % et pour lesquelles le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20 %, une révision est engagée dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la présente modification. Si la révision devait conduire à une diminution ou à une suppression de la rente, il y sera renoncé. Si elle devait conduire à une augmentation de la rente, celle-ci prendra effet à l'entrée en vigueur de la présente modification (al. 1). Aussi, si l'évaluation du degré d'invalidité sur la base des dispositions du RAI dans sa version valable à partir du 1^{er} janvier 2024 entraîne une modification du degré d'invalidité d'au moins 5 points de pourcentage, une modification du système de pension progressif aura lieu (cf. let. b al. 1 des dispositions transitoires modifiant le RAI du 19 juin 2020 ; TF 9C_728/2023 du 4 mars 2024 consid. 5.5). Lorsque l'octroi d'une rente ou d'un reclassement a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 parce que le taux d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande n'est examinée que s'il est établi de façon plausible qu'un calcul du taux d'invalidité effectué en application de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI pourrait aboutir cette fois à la reconnaissance d'un droit à la rente ou au reclassement (al. 2).

c) aa) *In casu*, l'intimé a procédé uniquement au calcul du taux d'invalidité pour l'année 2020, soit à la date du début du droit à la rente. Il apparaît cependant qu'il aurait dû réaliser deux calculs distincts, soit l'un pour l'année 2020 et l'autre pour l'année 2024, compte tenu de l'entrée en vigueur du nouvel art. 26^{bis} al. 3 RAI, lequel s'applique également aux rentes calculées selon l'ancien droit (cf. ch. 9201 CIRAI [Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité, valable dès le 1^{er} janvier 2022] ; cf. *supra* consid. 7b/ee). A noter, en revanche, qu'un nouveau calcul n'a pas à être effectué pour la période courant du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023, en l'absence de dispositions transitoires en ce sens (cf. *supra* consid. 7b/dd).

bb) S'agissant de la période allant du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2023, l'intimé a renoncé à fixer un abattement sur le revenu avec invalidité. Or, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, une déduction de 20 % à 25 % sur les données salariales de l'ESS est justifié dans le cas d'un assuré qui ne peut exercer qu'une activité mono-manuelle ou qui est privé de l'usage de sa main dominante (cf. TF 9C_649/2018 du 15 janvier 2019 consid. 4.4). Aussi, le recourant – lequel est droitier – est fortement restreint dans l'usage de son bras dominant, dès lors qu'il n'est plus à même d'effectuer des mouvements répétitifs, des mouvements d'élévation antérieure et d'abduction de l'épaule droite supérieurs à 90° et des mouvements de rotation externe et interne de cette articulation, soit des mouvements qui sont souvent exécutés au quotidien. Il appert donc que ces importantes limitations fonctionnelles ne lui permettent pas d'accomplir de manière efficiente un travail nécessitant l'usage de ses deux bras. Dans ces conditions, un abattement de 20 % sur le revenu avec invalidité doit être retenu. Cette réduction se voit, au demeurant, renforcée par le fait que l'assuré est désavantagé en raison de sa capacité de travail limitée à 50 %. En effet, selon la jurisprudence, le critère du taux d'occupation réduit peut être pris en compte pour déterminer l'étendue de l'abattement à opérer sur le salaire statistique d'invalidé lorsque le travail à temps partiel se révèle proportionnellement moins rémunéré que le travail à plein temps. Le travail à temps partiel peut ainsi, selon les statistiques, être synonyme d'une perte

de salaire pour les travailleurs de sexe masculin (cf. TF 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.1). En revanche, aucun autre élément susceptible d'influer négativement sur les perspectives salariales du recourant ne peut être retenu. En particulier, les activités adaptées à l'état de santé de l'assuré ne requièrent pas de disposer d'une formation particulière. Ce dernier a d'ailleurs pu, par le passé, exercer comme parqueteur dans le bâtiment sans être au bénéfice d'une formation certifiante.

Partant, le revenu sans invalidité s'élève à 69'846 fr. 06 par an, lequel correspond au salaire brut - indexé à 2020 - que le recourant aurait pu recevoir, en 2013, en qualité d'ouvrier qualifié selon la convention collective de travail en vigueur (cf. note interne du 10 octobre 2014 de l'intimé). Celui-ci ne conteste, à cet égard, pas ce montant. Le revenu avec invalidité doit, quant à lui, être calculé à l'aune des tableaux TA1_skill_level de l'ESS, l'assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative et ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée (cf. *supra* consid. 7b/bb). Ainsi, selon les données pour l'année 2020, le salaire mensuel auquel pouvaient prétendre les hommes dans des activités manuelles simples était de 5'261 fr. pour une semaine de travail de 40 heures. Compte tenu d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures cette année-là dans ce secteur d'activités (cf. Office fédéral de la statistique, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01), d'une capacité de travail résiduelle de 50 % et d'un abattement de 20 %, le revenu d'invalidité annuel se monte à 26'326 fr. 04.

La comparaison d'un revenu d'invalidité de 26'326 fr. 04 à un revenu sans invalidité de 69'846 fr. 06 aboutit à un degré d'invalidité - arrondi - de 62 %, lequel ouvre le droit à un trois quarts de rente d'invalidité (cf. *supra* consid. 3b). C'est donc à tort que l'intimé n'a reconnu au recourant que le droit à une demi-rente à partir du 1^{er} janvier 2020.

cc) Pour la période débutant le 1^{er} janvier 2024, le revenu sans invalidité - indexé à 2024 - est de 72'167 fr. 85. Le revenu avec invalidité, pour sa part, s'élève à 27'321 fr. 48, eu égard notamment à un salaire

mensuel statistique de 5'305 fr., d'une capacité de travail constante de 50 % et d'un abattement - automatique - de 20 % en vertu de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2024 ; cf. *supra* consid. 7b/ee). Il résulte ainsi de la comparaison de ces deux revenus également un degré d'invalidité de 62 %. Ce dernier restant inchangé, il n'y a pas lieu de réviser le droit à la rente du recourant au 1^{er} janvier 2024 (cf. *supra* consid. 7b/ee).

8. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis. Les décisions rendues les 6 et 14 janvier 2025 par l'intimé sont réformées en ce sens que le recourant a droit à un trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2020, à savoir à l'échéance du délai de carence de six mois prévu à l'art. 29 LAI (cf. *supra* consid. 3c).

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 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 la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décisions rendues les 6 et 14 janvier 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées en

ce sens que le recourant a droit à un trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2020.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 B. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Nordmann (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :