

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 septembre 2013

---

Présidence de        Mme    RÖTHENBACHER  
Juges        :        M.    Métral et M. Perdrix, assesseur  
Greffier        :        M.    Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Laurent Gilliard, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI; 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1959, était employé en tant que manœuvre au sein de l'entreprise S. \_\_\_\_\_ SA à [...]. Le 29 octobre 2002, alors qu'il était occupé au coffrage du sous-sol d'une villa, il chuta d'une hauteur de 2,5 mètres environ, se recevant sur une dalle en béton. Cet accident professionnel a entraîné des fractures des 3<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> côtes droites, des contusions dorso-lombaires et des contusions du coude droit et du 5<sup>e</sup> métacarpien de la main droite. En raison de séquelles douloureuses à la suite d'une arthroscopie et méniscectomie interne du genou gauche pratiquée le 31 mars 2003 en raison d'une déchirure méniscale interne, l'assuré a séjourné du 23 juin au 23 juillet 2003 à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) à Sion. Dans leur rapport médical du 11 août 2003, les médecins de la CRR ont estimé que l'assuré était apte à reprendre son activité professionnelle à 50 % dès le 11 août 2003 en précisant néanmoins qu'en cas d'échec de cette mesure, il y aurait lieu d'envisager un changement d'activité professionnelle avec des contraintes physiques moindres. Une reprise d'activité infructueuse a été tentée le 11 août 2003.

Le 9 septembre 2003, A. \_\_\_\_\_ a déposé une première demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente compte tenu d'une incapacité de travail à 100 % dès le 29 octobre 2003 (recte: 2002). Aux termes d'un rapport médical du 8 octobre 2003, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur au Centre hospitalier Yverdon-Chamblon (CHYC) a observé une évolution favorable du genou gauche, en retenant que le réel syndrome lombo-vertébral ne semblait pas en concordance avec les doléances du patient. Au vu du contexte clinique, psychologique et social de l'assuré, ce médecin excluait toute reprise d'activité. Dans un rapport médical du 7 novembre 2003, le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin traitant, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de douleurs lombaires chroniques aspécifiques/discopathie L2-L3, de gonalgies gauches/status après méniscectomie interne le 31.03.2003 et trouble de

l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et de syndrome douloureux somatoforme persistant probable. Il a attesté une incapacité de travail totale dès le 29 octobre 2002.

Dans la procédure en matière d'accidents, la CNA a, par décision du 16 octobre 2003, mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 20 octobre 2003, les troubles subsistant étant exclusivement de nature malade. Cette décision est entrée en force.

Par avis médical du 25 mars 2004, les médecins du Service Médical Régional de l'AI (SMR) ont retenu que sous l'angle somatique, l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail. Ils étaient cependant d'avis qu'il se justifiait de procéder à un examen psychiatrique et rhumatologique de l'assuré. Ils se fondaient sur un rapport du Dr???.\_\_\_\_\_ évoquant un syndrome douloureux somatoforme persistant probable.

Dans un courrier adressé le 1<sup>er</sup> avril 2004 au médecin traitant de l'assuré, le Dr Q.\_\_\_\_\_ lui a précisé que la situation socio-économique de son patient ne lui permettrait certainement pas de reprendre une activité professionnelle.

Dans un rapport d'examen clinique bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) SMR du 25 mars 2004, les Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne-rhumatologie, et R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés (M 51.3) et de gonalgies à gauche persistantes dans le cadre d'un status après menisectomie interne. Ces spécialistes ont admis que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle mais qu'elle était néanmoins totale, dès le 23 juillet 2003 (date de la sortie de la CRR), dans une activité adaptée.

A.\_\_\_\_\_ a finalement suivi une observation professionnelle complète auprès du COPAI à [...] du 7 novembre au 2 décembre 2005.

Dans un rapport final du 20 décembre 2005, les responsables du COPAI ont constaté des limitations au niveau dorsal ainsi qu'au genou gauche de l'assuré. Les activités sollicitant les positions statiques assises ou debout sur le long terme (plus d'une heure), les ports ou déplacements de charges lourdes (15 kg), les positions en porte-à-faux, les rotations répétées du tronc, tout comme les travaux sur échelles ou escabeaux, ainsi que des travaux demandant dextérité ou précision, étaient contre-indiqués. Dans un rapport médical du 5 décembre 2005, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin-conseil au COPAI, a décrit l'assuré comme étant un homme plaintif, démonstratif, présentant des signes de non—organicité, mais peu d'anomalies objectives. Il a constaté des limitations intellectuelles, mais peu de limitations physiques.

Dans le cadre de l'instruction de son dossier, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a voulu mettre en œuvre une mesure de réadaptation professionnelle, proposition refusée par l'assuré.

Par décision du 27 avril 2006, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assuré. Après comparaison entre les revenus raisonnablement exigibles de la part de l'assuré, à savoir 52'025 fr. 56 (revenu d'invalidité) et 59'432 fr. 10 (revenu sans invalidité), il en résultait une perte de gain de 7'406 fr. 54 qui correspondait à un taux d'invalidité de 12,45 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

A l'appui de son opposition contre cette décision de refus, l'assuré a produit un rapport médical du 6 mars 2007 des Drs G.\_\_\_\_\_, médecin adjoint, et T.\_\_\_\_\_, directrice médicale, de l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire d' [...] du Secteur Psychiatrique [...] des Hospices cantonaux. Ces spécialistes ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de retard mental léger (F70). Ils constataient qu'en raison de l'existence d'une comorbidité psychiatrique (épisode dépressif moyen) ainsi que d'une perte de l'intégration sociale

avec isolement et conduite d'évitement, l'assuré remplissait les critères de Mosimann relatifs aux troubles somatoformes douloureux.

Dans un rapport du 3 décembre 2007, le Dr C.\_\_\_\_\_ du Centre thermal d' [...], a fait état d'une hernie discale L4-L5 mise en évidence lors d'un bilan complémentaire sous la forme d'une IRM du 28 novembre 2007. Il notait en outre le signalement par l'assuré, de l'apparition de lombosciatalgies gauches (dos et région lombaire) le 13 novembre 2007.

Par décision sur opposition du 10 janvier 2008, l'OAI a rejeté l'opposition formée et confirmé l'intégralité de sa décision rendue le 27 avril 2006.

Le 11 février 2008, l'assuré a recouru devant la Cour des assurances du Tribunal cantonal contre cette décision de refus de rente. Dans le cadre de cette procédure, A.\_\_\_\_\_ sollicitait la réalisation d'une expertise, alléguant une aggravation de son état de santé, y compris à son genou. Il a produit à ce titre, un certificat médical du 5 février 2008 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, dont il ressortait en particulier que toute reprise d'activité professionnelle semblait exclue, même dans l'éventualité où l'assuré se faisait opérer. Ce médecin relevait notamment ce qui suit sur l'examiné:

"Appréciation: M. A.\_\_\_\_\_ présente donc de façon indéniable des douleurs lomboradiculaires gauches sur discopathie en partie expansive paramédiane gauche L4-L5 mis en évidence neuroradiologiquement. Cette dernière peut certainement expliquer une grande partie de la symptomatologie mais cette dernière est certainement en grande partie chronifiée et en partie impliquée dans le cadre du lourd contexte psychosocial et conflictuel asséculoologique que vous connaissez. Au vu de la longue histoire présente et d'un degré de surcharge partiel dans le contexte décrit, les chances de succès d'une intervention neurochirurgicale décompressive restent limitées. [...]"

L'assuré a par ailleurs produit un rapport médical du 23 juin 2008 du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin consultant du secteur Antalgie des Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv), lequel concluait à

une lombosciatalgie apparue de façon aïgüe depuis décembre 2007 dans le contexte de troubles dégénératifs avec douleurs chroniques depuis l'accident de chantier d'octobre 2002. Ce médecin confirmait la présence de quelques signes déficitaires gauches ainsi qu'une hernie discale L4-L5 présente à l'IRM.

Dans son arrêt rendu le 11 février 2010 (CASSO AI 93/08 - 101/2010 du 11 février 2010), la Cour de céans a rejeté le recours de l'assuré, confirmé la décision sur opposition de l'OAI du 10 janvier 2008; elle a toutefois renvoyé le dossier à l'Office afin qu'il en reprenne l'instruction s'agissant d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré survenue en novembre 2007. La Cour fondait ses considérations sur les rapports des 5 février et 23 juin 2008 des Drs E.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, tous deux postérieurs à la décision qui lui était soumise. Elle observait que la détérioration de l'état de santé de l'assuré consécutive à l'apparition de nouvelles affections pouvait constituer un nouveau cas d'assurance, le droit à une rente étant cependant subordonné à l'écoulement de la période de carence tel que prévu à l'art. 29 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20).

**B.** Le 28 juillet 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_ a produit un nouveau rapport médical tendant à l'examen du droit de l'assuré aux prestations AI. Ce médecin a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants:

"Lombosciatique L5 gauche déficitaire sur les plans sensitif et moteur sur hernie discale L5-S1.  
Lombalgies chroniques sur discarthrose L2-L3, L5-S1.  
Gonalgies gauches mécaniques sur status après ménisectomie interne (31.03.02) et chondropathie du plateau tibial."

Le Dr C.\_\_\_\_\_ relevait la persistance de lombosciatalgies gauches de caractère plutôt mécanique, notant que l'ensemble des traitements prodigués à ce jour s'étaient révélés infructueux. Au status, il observait une mobilité rachidienne fortement limitée, des signes de non-organicité selon Waddell avec des douleurs lombaires basses lors de la rotation combinée des épaules et du bassin ainsi que lors de la pression

axiale sur le vertex. Sur le plan neurologique, le Dr C.\_\_\_\_\_ relevait une hypoesthésie de tout le membre inférieur gauche, la persistance d'un conflit disco-radiculaire L5 gauche persistant selon une IRM. Le traitement prodigué consistait en la prise de Dafalgan®, Voltaren®retard et Stilnox®. Ce praticien était d'avis que l'exercice d'une activité adaptée était exigible à 100 % de la part de l'assuré moyennant respect des limitations fonctionnelles suivantes: alternance des positions assis/debout, pas de marches en terrain irrégulier (maximum 30 min.), pas d'activités penché, avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, avec rotations en position assis/debout, pas de soulèvements/ports de charges, pas de montées d'échelles/d'échafaudages, pas de montée d'escaliers.

Dans un rapport médical du 21 octobre 2010, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants:

"Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

En cas de maladies psychiques, prière de donner le code CIM ou DSMAI

- Hernie discale L4-L5 gauche, luxée vers le bas et refoulant la racine L5 (sept. 2007).
- Discarthrose L2-L3 et discopathie L5-S1 (2002).
- Douleurs lombaires chroniques (2002 accident).
- Gonalgies gauches/status après méniscectomie interne le 31.03.2003. Chondropathie stade II du plateau tibial gauche.
- Syndrome douloureux somatoforme persistant.

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail

- Status après fractures des 3<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> côtes postéro-latérales droites (le 29.10.2002).
- Status après contusions de coude D et du 5<sup>e</sup> MC de la main droite (le 29.10.2002).
- Ancien tassement vertébral L3 (radiologique).
- Chute d'une échelle en 1974 (consultation à l'hôpital)."

Le médecin traitant relevait un examen clinique correspondant aux observations radiologiques, avec douleurs du membre inférieur gauche et troubles sensitifs correspondant au territoire neurologique atteint. Le pronostic était décrit comme la subsistance de douleurs lombaires chroniques et séquelles d'une hernie discale L4-L5 non opérée. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ estimait que l'assuré présentait une incapacité de travail à 100 % du 29 octobre 2002 au 31 décembre 2010 dans son ancienne profession de manœuvre de chantier. Il précisait en outre que des

mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables mais que celles-ci n'auraient aucun effet sur la capacité de travail. Au terme de son rapport, le Dr Z. \_\_\_\_\_ notait que son patient se comportait "comme un invalide depuis 2002, et qu'il n'acceptera certainement pas une reconversion professionnelle". S'agissant des limitations fonctionnelles dans le cadre de l'exercice d'une activité adaptée, le médecin traitant renvoyait à la teneur de son précédent rapport médical du 7 novembre 2003 et observait que ses indications étaient valables depuis l'accident survenu en 2002 avec une aggravation depuis septembre 2007.

Selon un avis médical SMR du 16 novembre 2010, les Drs N. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ ont résumé comme il suit la situation médicale de l'assuré:

"Assuré de 50 ans, ressortissant macédonien, en Suisse depuis 83, marié, épouse au bénéfice de l'AI, 4 enfants. Sans formation professionnelle, il a travaillé comme manoeuvre non qualifié jusqu'en octobre 2002, date à laquelle il a été victime d'un accident de travail: fractures de côtes à D, des contusions multiples notamment dorsolombaires et une déchirure du ménisque du genou G pour laquelle une arthroscopie avec méniscectomie interne est effectuée en mars 2003, sans complications.

Il dépose une demande AI en septembre 2003 pour persistance des lombalgies et des gonalgies G. En février 2005 il subit un examen clinique bidisciplinaire au SMR qui conclut à une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de manoeuvre non qualifié et une capacité de travail de 100% dans un métier adapté, respectant les limitations fonctionnelles imposées par les experts pour son rachis et son genou.

L'assuré fait opposition sur la décision qui est maintenue, il présente un recours auprès du TCA en date du 11 février 2010, le recours de l'assuré est rejeté. La CASSO demande toutefois un nouvel examen du dossier depuis 2007 pour faits nouveaux.

En effet, à l'automne 2007, l'assuré se plaint d'une modification des douleurs lombaires liées à la survenue d'une hernie discale L4-L5 objectivée par une IRM lombaire du 28 novembre 2007. Le Dr E. \_\_\_\_\_ neurochirurgien consulté, ne pose pas d'indication opératoire à cette hernie en raison du passé douloureux de l'assuré. Cet avis est confirmé par le Prof. P. \_\_\_\_\_ qui, je le cite: « étant donné que le problème principal est une lombalgie sans problème irritatif important et sans déficit moteur, mais seulement avec des déficits sensitifs, je ne pense pas qu'une ablation de la hernie soit indiquée ». Il propose lui aussi un traitement conservateur des lombalgies.

En date du 16 juillet 2010, le Dr C. \_\_\_\_\_ rhumatologue nous envoie un rapport médical avec status de son patient. Il confirme la raideur rachidienne majorée par l'assuré (des signes de non organicité de Waddell sont présents). Sur le plan neurologique, il existe une hypoesthésie de tout le membre inférieur G, la pallesthésie est diminuée à 4 sur 8 ddc, il y a diminution de la force de l'hallux à G, les réflexes ostéotendineux sont présents et symétriques. Le traitement est de deux Dafalgan® 1g/j, un Voltaren® 75 retard au coucher et un Stilnox® au coucher. Le Dr C. \_\_\_\_\_ conclut: « dans une activité qui permet les mesures habituelles d'épargne rachidienne, la capacité de travail du patient me paraît conservée ».

En conclusion, Monsieur A. \_\_\_\_\_ souffre effectivement depuis 2007 d'une hernie discale d'abord retrouvée en L4-L5, puis sur la dernière IRM du 8 mai 2009 en L5-S1 avec conflit avec la racine L5 et amputation de celle-ci sur les séquences myélographiques.

Les troubles sensitifs présentés par le patient ne représentent pas une nouvelle limitation fonctionnelle. Par contre, toute activité nécessite le respect strict des mesures d'épargne rachidienne comme elles avaient été décrites au cours de l'examen clinique SMR du 7 février 2005."

Un CT-lombaire natif avec reconstructions pratiqué le 23 décembre 2010 par le Dr X. \_\_\_\_\_, chef de clinique du service de radiologie des Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv), mettait en évidence une compression de la racine L4 droite dans le canal spinal par une petite hernie paramédiane droite L3-L4 ainsi que des troubles dégénératifs étagés.

Par communication du 8 février 2011, l'OAI a indiqué à l'assuré que les conditions en étant remplies, il lui octroyait une mesure d'aide au placement sous la forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi. Etais joint un projet de décision daté du même jour et refusant le droit à la rente, dont il ressortait en particulier ce qui suit:

"Résultat de nos constatations:

Par arrêt du 11 février 2010, la Cour des assurances sociales du Tribunal Cantonal a rejeté votre recours et confirmé notre décision de refus de rente du 27 avril 2006 qui retenait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'ouvrier dans le domaine de la construction et une capacité de travail entière dans une activité adaptée, d'où un degré d'invalidité de 12,45%.

Toutefois cette instance a demandé à l'administration de procéder à l'instruction d'une éventuelle aggravation de votre état de santé survenue en novembre 2007.

Nous avons donc complété votre dossier sur le plan médical et présenté les rapports médicaux reçus de vos médecins au Service Médical Régional AI (SM R) pour avis.

Vous souffrez effectivement depuis 2007 d'une hernie discale en L4-L5. Consulté, le Dr E. \_\_\_\_\_ ne pose pas d'indication opératoire et propose un traitement conservateur des lombalgies. Pour sa part, le Dr C. \_\_\_\_\_ conclut que votre capacité de travail est conservée dans une activité qui permet les mesures habituelles d'épargne rachidienne.

De l'avis du SMR, ces troubles sensitifs ne représentent pas une nouvelle limitation fonctionnelle ni ne provoquent d'incapacité de travail dans une activité adaptée.

Nous devons donc admettre que votre situation médicale actuelle est identique à celle présente lors de notre décision de refus de rente du 27 avril 2006. Il n'y a pas de faits nouveaux ni d'aggravation objective de votre état de santé. La capacité de travail est toujours de 100% dans une activité adaptée et le degré d'invalidité est maintenu à 12,45%.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. [...]"

Dans un "avis médical pour Audition" SMR du 31 mars 2011, les Drs N. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ se sont déterminés en ces termes sur les arguments médicaux avancés par l'assuré à l'appui de son opposition du 15 mars 2011:

"[...] Me Gilliard reprend les termes du rapport médical du Dr E. \_\_\_\_\_ qui, le 05.02.2008, concluait qu'il était improbable que Mr A. \_\_\_\_\_ reprenne une activité quelconque, même si opéré. Me Gilliard omet de citer les 2 phrases précédentes. Le chirurgien nous dit concernant la discopathie L4-L5 mise en évidence neuroradiologiquement: «Cette dernière peut certainement expliquer une grande partie de la symptomatologie mais cette dernière est certainement en grande partie chronifiée et en partie impliquée dans le cadre du lourd contexte psychosocial et conflictuel asséculo-logique que vous connaissez. Au vu de la longue histoire présente et d'un degré de surcharge partiel dans le contexte décrit, les chances de succès d'une intervention neurochirurgicale décompressive restent limitées. Il est ainsi fort improbable que Mr A. \_\_\_\_\_ ne reprenne une activité quelconque même si opéré et il serait plus prudent de s'en abstenir».

On comprend bien dans ce contexte que le spécialiste ne porte pas un pronostic médical à une intervention chirurgicale et à ses conséquences sur la CT de l'assuré mais il fait référence à la

personnalité de l'assuré qui recherche surtout une compensation financière à ses problèmes de santé. Ceci est résumé dans la conclusion de son médecin traitant, le Dr Z.\_\_\_\_\_, datée du 21.10.2010: «Mr A.\_\_\_\_\_ se comporte comme un invalide depuis 2002».

Concernant le rapport d'IRM du Dr F.\_\_\_\_\_, il a été analysé dans mon avis du 16.11.2010.

Sur un plan strictement médical, le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 16.07.2010, reste valide. Aucun élément médical nouveau n'est apporté par Me Gilliard dans sa lettre."

Par décision du 18 mai 2011, l'OAI a intégralement confirmé son refus de rente selon projet de décision rendu le 8 février 2011.

**C.** Le 20 juin 2011, A.\_\_\_\_\_, représenté par Me Laurent Gilliard, recourt devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus rendue le 18 mai 2011. Il conclut, avec suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier de la cause à l'Office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Il reproche à l'OAI d'avoir fondé son refus sur l'avis des médecins de son SMR, lesquels se réfèrent dans leur avis, aux termes d'un rapport médical établi le 5 février 2008 par le Dr E.\_\_\_\_\_ en ne retenant toutefois uniquement les éléments défavorables au recourant. A le suivre, il serait faux d'imputer ses troubles actuels exclusivement au contexte psychosocial pour lui nier toute invalidité.

Par décision du 9 juin 2011 du Juge instructeur de la Cour de céans, le recourant s'est vu accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31 mai 2011, Me Laurent Gilliard étant désigné en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 11 août 2011, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 7 octobre 2011, le recourant complète ses conclusions et demande, à titre principal, la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'il a droit à une rente entière fondée sur une invalidité de 100 %, la conclusion figurant dans son acte de recours

devenant ainsi subsidiaire. Il produit en annexe, un courrier médical du 20 juillet 2011 de la Dresse J.\_\_\_\_\_, médecin-associée au Département de l'appareil locomoteur du service de rhumatologie du CHUV. Au terme de ses consultations des 14 juin et 19 juillet 2011, cette praticienne pose le diagnostic de rachialgies chroniques à caractère invalidant sur discopathies étagées prédominant en L2/L3 et L4/L5 et hernie discale paramédiane droite L3/L4 avec compression de la racine L4 droite. Ses conclusions sont les suivantes:

"Conclusions, traitement et évolution

Votre patient présente des lombalgies chroniques, symptomatologie qui date depuis 2002 et qui est responsable d'une incapacité totale de travail. Depuis l'apparition des douleurs, le patient a suivi d'innombrables traitements médicamenteux, physiques et a bénéficié de gestes infiltratifs, sans qu'on puisse l'améliorer.

A ce jour, les douleurs peuvent s'expliquer par des discopathies étagées telles que le montre l'examen radiologique et un important déconditionnement physique focale et global. Il n'y a pas de geste chirurgical à proposer (souffrance discale étagée, sans réelle compression neurologique).

Quant à un traitement intensif de rééducation, il est voué à l'échec vu la durée des symptômes et le conflit asséurologique.

Il est certain que Monsieur A.\_\_\_\_\_ ne peut plus travailler dans une activité qui demande le moindre effort physique et que les mesures de reclassement professionnel ont déjà échoué (stage au COPAI en 2006). Pour une éventuelle réouverture du dossier à l'AI, il faudra demander probablement une expertise médicale et trouver des arguments prouvant que son état de santé s'est aggravé par rapport à 2006.

Sur le plan thérapeutique, j'ai proposé au patient du Lyrica 75 g 1 cp/matin et 1 cp/soir, à ajouter à son traitement habituel. Cette médication pourra l'aider pour les douleurs référées dans les MI en ayant en plus un certain effet anxiolytique. Si elle est bien tolérée, vous pouvez augmenter les doses de manière progressive jusqu'à 300 mg/j."

Le recourant répète que l'office intimé ne pouvait se contenter de suivre l'avis des médecins du SMR et souligne qu'en application de la jurisprudence fédérale, une expertise pourrait être ordonnée par la Cour de céans.

Dans sa duplique du 2 novembre 2011, l'intimé maintient ses conclusions. Il a produit un avis médical SMR du 31 octobre 2011 des Drs

N.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ auquel il se rallie. Il y est fait état de la persistance de plaintes de l'assuré sans nouvelles constatations cliniques objectives de nature à pouvoir confirmer une aggravation de son état de santé.

Le 11 mars 2013, le recourant a encore produit spontanément, un rapport d'une IRM de la colonne lombaire pratiquée le 26 février 2013 ainsi qu'un rapport de traitement par infiltration L5-S1 gauche du 1<sup>er</sup> mars 2013 des Drs L.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ du service de radiologie des eHnv.

Dans ses déterminations du 11 avril 2013, l'intimé observe que les pièces produites le 11 mars 2013 par le recourant se rapportent à un examen et un traitement effectués fin février-début mars 2013, soit en l'occurrence presque deux ans après la date de la décision attaquée. Il est par conséquent d'avis qu'il n'est pas possible, pour le recourant, d'en déduire une quelconque conclusion. Pour le surplus, l'intimé confirme une nouvelle fois ses conclusions.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

**2. a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- 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;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins.

**b)** L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 pp. 3372 ss.) que dans celle en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, n'a

pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

**c)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201] tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF I 716/2003 du 9 août 2004, consid.4.1).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante

pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2).

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 75 consid. 3.2).

**3.** En l'occurrence, l'OAI s'est derechef saisi du dossier ensuite du renvoi par la cour de céans dans son arrêt du 11 février 2010. Il convient d'assimiler ce renvoi à une nouvelle demande et d'examiner si l'état de santé du recourant s'est aggravé, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations d'assurance.

**4. a)** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3).

**b)** Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 cité, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

**5. a)** Dans la décision querellée, l'OAI ne conteste pas l'apparition postérieure à la décision du 10 janvier 2008 d'une hernie discale. Toutefois, se fondant sur le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ notamment, il considère que la capacité de travail du recourant reste entière dans une

activité adaptée. Ainsi, selon l'OAI, la situation médicale actuelle est identique à celle qui prévalait à la date de la décision de refus de rente de janvier 2008.

Le recourant soutient que les médecins du SMR n'ont retenu dans le rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ que ce qui lui était défavorable. Il prétend qu'il est faux de n'imputer ses troubles actuels qu'au contexte psychosocial pour retenir qu'il ne présente pas d'invalidité. Il requiert l'annulation de la décision attaquée et le renvoi à l'OAI pour une expertise.

Dans sa réponse, l'intimé se réfère notamment aux avis du SMR des 16 novembre 2010 et 31 mars 2011.

**b) aa)** En préambule, il est le lieu de rappeler que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b avec les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4).

Il s'ensuit que l'IRM pratiquée le 26 février 2013 ainsi que le rapport médical du 1<sup>er</sup> mars 2013 des Drs L. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ produits par le recourant ne peuvent être pris en considération dans le cadre du présent litige, attendu qu'ils ont été établis après la décision entreprise rendue le 18 mai 2011 et qu'ils se limitent à attester des faits médicaux ayant trait à une période largement postérieure à cette même décision.

**bb)** A la lecture du dossier transmis, il est constant que le recourant souffre, depuis novembre 2007, d'une hernie discale L4-L5 (cf. rapport médical du 3 décembre 2007 du Dr C. \_\_\_\_\_ et certificat médical

du 5 février 2008 du Dr E.\_\_\_\_\_) entraînant des lombosciatalgies aiguës à compter de décembre 2007 (cf. rapport médical du 23 juin 2008 du Dr D.\_\_\_\_\_.) Puis lors d'une IRM du 8 mai 2008, cette hernie discale est observée en L5-S1 avec conflit radiculaire avec la racine L5 (cf. avis SMR du 16 novembre 2010 des Drs N.\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_). Force est ainsi de retenir que les diagnostics de lombosciatique L5 gauche déficitaire (sur hernie discale L5-S1), de lombalgies chroniques sur discarthrose L2-L3, L5-S1 et de gonalgies gauches mécaniques sur status après ménisectomie interne et chondropathie du plateau tibial posés par le Dr C.\_\_\_\_\_ (cf. rapport médical du 28 juillet 2010), ne prêtent pas le flanc à la critique. Ces diagnostics se recoupant par ailleurs en grande partie avec ceux de hernie discale L4-L5 gauche, luxée vers le bas et refoulant la racine L5 (sept. 2007), de discarthrose L2-L3 et discopathie L5-S1 (2002), de douleurs lombaires chroniques (2002 accident), de gonalgies gauches/status après ménisectomie interne le 31.03.2003 et de chondropathie stade II du plateau tibial gauche retenus par le Dr Z.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 21 octobre 2010.

S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail, le Dr C.\_\_\_\_\_ est pour sa part d'avis que si dans son ancienne activité de manœuvre l'assuré ne dispose plus d'aucune capacité de travail, dans l'exercice d'une activité adaptée, sa capacité résiduelle est néanmoins de 100 % pour autant que les mesures habituelles d'épargne rachidienne soient scrupuleusement respectées (cf. rapport médical du 28 juillet 2010). Quant au Dr Z.\_\_\_\_\_, il se limite à attester une incapacité de travail totale du recourant dans son ancienne profession (du 29 octobre 2002 au 31 décembre 2010), sans pour autant se prononcer sur la capacité de travail résiduelle en relation avec l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques de son patient (cf. rapport médical du 21 octobre 2010). Partant, les conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_ ne sont pas valablement remises en question par l'appréciation précitée du médecin traitant. Cela est d'autant plus vrai que dans son rapport, le Dr Z.\_\_\_\_\_ indique que le recourant se comporte "comme un invalide depuis 2002". Ces propos relatifs à la personnalité du recourant en lien avec son état de santé global et ses impacts sur sa capacité de

travail sont en outre corroborés par plusieurs autres éléments au dossier; ainsi le Dr Q. \_\_\_\_\_ notait déjà, dans un courrier du 1<sup>er</sup> avril 2004, que sa situation socio-économique ne lui permettait certainement pas la reprise d'une activité économique. D'autre part le 5 décembre 2005, le Dr B. \_\_\_\_\_ décrivait le recourant comme étant un homme plaintif, démonstratif. Le 5 février 2008, le Dr E. \_\_\_\_\_ notait qu'une reprise de travail semblait exclue même dans l'hypothèse où le recourant se ferait opérer étant entendu que la symptomatologie chronifiée se trouvait en grande partie impliquée dans le cadre "du lourd contexte psychosocial et conflictuel assécurologique" de l'intéressé. A l'aune de l'ensemble de ces constatations, on doit reconnaître que l'appréciation médicale du Dr C. \_\_\_\_\_ est bien fondée de sorte que postérieurement à l'aggravation de ses douleurs en septembre/novembre 2007, le recourant bénéficie encore d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les conclusions de la Dresse J. \_\_\_\_\_ du 20 juillet 2011 n'y changent rien. Ce médecin ne se prononce d'une part en aucun cas sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et d'autre part, indique expressément que seule la démonstration d'une aggravation de l'état de santé par rapport à 2006 permettrait une réouverture du dossier en se gardant toutefois de faire état d'une telle aggravation dans son rapport.

**c)** Finalement, les avis médicaux SMR des 16 novembre 2010, respectivement 11 mars 2011, se fondent sur une étude complète et fouillée des pièces du dossier ainsi que sur une anamnèse rigoureuse. L'appréciation consensuelle du cas est cohérente et claire, tenant en particulier compte de la totalité des avis des médecins consultés. Ainsi, leurs constatations et conclusions s'avèrent-elles objectives, scientifiques et dûment motivées, de sorte qu'elles emportent pleine valeur probante, au sens de la jurisprudence rappelée sous consid. 4 a-b supra.

Il est par ailleurs ici le lieu de rappeler que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus

modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C\_818/2008 du 18 juin 2009 consid. 2.2; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008). Ainsi la mise en œuvre par la présente Cour d'une nouvelle expertise, telle qu'évoquée par le recourant dans sa duplique, n'est pas nécessaire pour statuer.

En se fondant sur l'ensemble des rapports médicaux au dossier, et en particulier les avis médicaux du SMR, la Cour de céans constate que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec les mesures habituelles d'épargne rachidienne (soit en l'occurrence: alternance des positions assis/debout, pas de marches en terrain irrégulier [maximum 30 min.], pas d'activités penché, avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, avec rotations en position assis/debout, pas de soulèvements/ports de charges, pas de montées d'échelles/d'échafaudages, pas de montée d'escaliers). L'aggravation de l'état de santé du recourant à compter de septembre/novembre 2007 n'est en définitive pas de nature à influencer son degré d'invalidité, et donc le droit à la rente (par analogie avec l'art. 17 LPGA [cf. consid. 2c in fine supra]) en regard de la situation médicale qui était la sienne en 2006 et qui a donné lieu à la décision sur opposition de refus du 10 janvier 2008.

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

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais, fixés à 400 fr., resteront provisoirement à la charge de l'Etat.

**b)** De même, le bénéfice de l'assistance judiciaire conduit à allouer une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour

la procédure, également supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Laurent Gilliard, conseil du recourant, a produit une liste des opérations, le 24 juin 2013. Il fait état de 08h30 de travail et de débours pour un montant de 22 fr. 20. Me Laurent Gilliard a droit à une indemnité de 1'652 fr. 40 TVA comprise, comprenant la rémunération du travail nécessaire à la défense des intérêts du recourant au tarif horaire de 180 fr. prévu par l'art. 2 al. 1 let. a du Règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile, du 7 décembre 2010 (RAJ, RSV 211.02.3), applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD. Les débours sont justifiés et doivent être arrêtés à 24 fr. TVA comprise. Ainsi, au total, l'indemnité du conseil d'office doit être arrêtée à 1'676 fr. 40 TVA comprise.

**c)** La partie qui a obtenu l'assistance judiciaire reste tenue à remboursement dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 mai 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont  
laissés à la charge de l'Etat.

**IV.** L'indemnité d'office de Me Laurent Gilliard, conseil du recourant,  
est arrêtée à 1'676 fr. 40 (mille six cent septante-six francs et quarante centimes).

**V.** Il n'est pas alloué de dépens.

**VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art.

123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office  
mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Laurent Gilliard (pour A. \_\_\_\_\_),
- 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 :