

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 novembre 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Dind
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

T._____, à Morges, recourant, représenté par Me Francesco Andrea Delco', avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI; 17 LPGA

E n f a i t :

A. a) T._____, né en 1953, a travaillé du 1^{er} juillet 2000 au 30 septembre 2001 en qualité d'employé [...] auprès de [...] à [...]. Le 11 octobre 2001, il a été victime d'un accident de la circulation, alors qu'il était passager avant d'un véhicule ayant été embouti par une autre voiture dont le conducteur avait perdu la maîtrise. Souffrant de fractures aux hanches et au bassin, l'assuré a été hospitalisé au Q._____ du 11 octobre au 6 novembre 2001. Son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA). Dans un rapport médical intermédiaire du 8 janvier 2002, le Dr H._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de fracture gravissime du cotyle droit. Il a constaté la présence, lors d'une consultation du 10 décembre 2001, d'une hypoesthésie de la racine de la cuisse liée à une atteinte du nerf musculo-cutané lors de la voie ilio-inguinale étendue. Dans un courrier du 19 avril 2002 adressé au Dr J._____, directeur médical de la Clinique D._____ à Sion, le Dr H._____ a indiqué qu'il ne comprenait pas pourquoi ce patient restait si dolent avec un résultat fonctionnel aussi mauvais après cette fracture et cette ostéosynthèse. Il préconisait un séjour en milieu de rééducation avec évaluation pluridisciplinaire. A la demande de la CNA, le Dr H._____ a, par courrier du 29 mai 2002, précisé au Dr P._____, médecin d'arrondissement de la CNA, ce qui suit :

"A l'examen clinique de ce jour, le patient dit toujours qu'il a des douleurs de la fesse, qu'il ne peut pas appuyer complètement, il arrive à marcher quelques pas, il a une boiterie de Duchenne sans canne, marche moyennement bien avec une seule canne dans la main gauche, probablement qu'il marche le plus souvent avec 2 cannes. En décubitus dorsal, il a une flexion de hanche à 80, des rotations interne 15, externe 20 et tous les mouvements sont décrits comme douloureux avec une appréhension dans la fesse. Le quadriceps fonctionne normalement et radiologiquement le matériel d'ostéosynthèse est en place et, sur le bassin de face, une incidence alaire et obturatrice, j'ai l'impression que la congruence est acceptable, il n'y a pas de signe évident de nécrose et, comme déjà mentionné précédemment, je ne comprends pas pourquoi il n'arrive pas à charger plus".

L'assuré a finalement séjourné du 19 juin au 26 juillet 2002 à la Clinique D._____ pour une rééducation et une évaluation pluridisciplinaire dans le cadre d'une évolution défavorable subjectivement d'une fracture du cotyle droit ostéosynthésée en octobre 2001. Ce séjour n'a cependant pas permis de sevrer l'assuré de ses cannes. Dans un rapport du 20 septembre 2002 établi à l'issue du séjour à la Clinique D._____, les Drs C._____, médecin-associé au service de réadaptation générale et L._____, médecin-assistant au service précité, ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1) et les diagnostics secondaires de douleurs résiduelles du bassin, d'ostéosynthèse par voie ilio-inguinale et postérieure d'une fracture en T transthécale du cotyle droit en octobre 2001 (Z 96.7), de trouble dépressif majeur (F 32.9) et d'état de stress post-traumatique. Ils ont également fait état de comorbidités sous la forme d'hypertension artérielle traitée, d'obésité et de folliculite du cuir chevelu. Ils ont retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle du 19 juin 2002 au 30 septembre 2002, date à laquelle elle devait être réévaluée, la situation médicale n'étant pas stabilisée. Ils ont estimé que les importantes douleurs présentées par le patient étaient difficilement explicables par la fracture du cotyle bien consolidée, tout en n'excluant pas que le matériel d'ostéosynthèse pouvait jouer un certain rôle dans les douleurs décrites. Sur le plan psychiatrique, le Dr F._____, médecin-chef du service de psychosomatique a constaté que :

"Cet homme, apparemment sans antécédent psychiatrique, présente aujourd'hui un tableau rejoignant les critères diagnostiques de l'état de stress post traumatique. Il y a les intrusions. Il y a les conduites d'évitement. Il y a l'impression d'avenir bouché. Il y a la détresse intense lorsque l'événement traumatique est abordé. Le trouble a sa comorbidité, d'ailleurs fréquente, d'un état dépressif majeur (idées de ruine, d'insuffisance principalement). Le tout justifie d'un traitement.

Je vous propose une médication de Zoloft en commençant par 25 mg le matin les 3 premiers jours, puis 50 mg le matin. Un suivi psychothérapeutique à la Clinique est indispensable, même s'il s'avère difficile. Je fais les démarches auprès de mes collègues psychologues cliniques".

b) Dans l'intervalle, soit en date du 29 août 2002, l'intéressé a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente en raison de "hanches et bassin cassés". Dans un rapport médical du 19 septembre 2002, le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine générale, a constaté une légère amélioration sur le plan orthopédique, avec la persistance d'un état de stress post-traumatique avec état anxio-dépressif majeur. Il a attesté une incapacité totale de travail dès le 11 octobre 2001 jusqu'à la fin octobre 2002 en évoquant une éventuelle reprise à 50 % dès le 1^{er} novembre 2002 dans un travail adapté. Sur le plan orthopédique, le Dr G._____ s'est ainsi référé aux conclusions du Dr H._____ qui proposait une reprise du travail à 50 % dans un poste adapté et ce, dès le 1^{er} novembre 2002 avec une éventuelle rente à 50 %. Sur le plan psychiatrique, le pronostic restait réservé.

Dans un rapport médical du 20 septembre 2002, le Dr H._____ a posé le diagnostic de fracture du cotyle consolidée sans signe de nécrose avec possibilité de marche avec une petite canne dans la main gauche à l'extérieur, sans canne à l'intérieur. En effet, il a estimé que le patient devrait au mieux bénéficier d'une demi-rente et travailler à 50 % avec alternance de positions assise et debout et des travaux légers avec port de charges inférieures à 15 kg. Il a ajouté qu'éventuellement avec l'aide d'une rente transitoire et une reconversion professionnelle, on pouvait même envisager d'ici 6 mois la reprise d'une activité professionnelle lucrative évitant tout besoin de rente AI. Un complément d'avis psychiatrique lui paraissait cependant justifié. Dans un rapport médical du 23 octobre 2002, le Dr Z._____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique et d'épisode dépressif majeur sévère. Il a attesté une totale incapacité de travail dès le 11 octobre 2001 pour une durée indéterminée.

c) Sur le plan de l'assurance-accidents, le Dr H._____ a confirmé à la CNA que l'évolution était lentement favorable à la consultation du 2 septembre 2002. Le patient marchait en effet sans

canne dans la main opposée à la lésion. La radiographie montrait un cotyle consolidé, sans signe de nécrose évident. Le Dr H. _____ a fixé une reprise à 100 % dès le 31 octobre 2002 pour raisons orthopédiques, tout en ajoutant que l'assuré devait être considéré comme apte au travail à 50 % dans une activité adaptée et légère. Il a finalement ajouté que le patient pouvait évoluer vers une coxarthrose post-traumatique (rapport médical intermédiaire du 20 septembre 2002 adressé à la CNA).

Dans un rapport du 16 octobre 2002 faisant suite à un examen médical final du 16 octobre 2002, le Dr R. _____, médecin d'arrondissement de la CNA a retenu ce qui suit :

"A l'examen clinique, sans canne, la marche s'effectue avec une boiterie d'épargne du MID assez marquée. Elle est quand même tout à fait possible et relativement aisée. A mon avis, il n'y a pas de Trendelenburg. Objectivement, la mobilité de la hanche droite est bien récupérée. Le tonus et la force musculaire me semblent également bien restaurés. Une atteinte du nerf fémoro-cutané est possible mais n'explique en rien les douleurs invalidantes. Pour ne rien laisser dans l'ombre, un examen neurologique avec EMG devrait quand même être pratiqué et je remercie le Dr B. _____ de bien vouloir convoquer directement notre assuré.

Les dernières radiographies, incluant des incidences alaire et opturatrice, montrent une assez bonne reconstruction du cotyle, en tout cas sans incongruence articulaire majeure. Il n'y a pas de signes de nécrose de la tête fémorale, qui est homogène et qui a gardé sa sphéricité. On note un petit diastasis de la symphyse pubienne, sans aggravation par rapport aux clichés précédents.

Du point de vue orthopédique, le patient est donc assez bien remis même si l'évolution vers une coxarthrose droite est assez probable.

En revanche, un trouble psychique invalidant, dont la relation de causalité naturelle avec l'accident ne fait aucun doute, occupe manifestement le devant de la scène et, en l'état actuel des choses, des mesures de réadaptation professionnelle ne peuvent pas être mises en œuvre.

Il n'en reste pas moins, du point de vue médico-théorique et sur le plan somatique, que le patient peut travailler en plein dans une activité légère, largement sédentaire et autorisant des positions alternées".

Dans un rapport du 29 octobre 2002, le Dr B._____, spécialiste FMH en neurologie, a noté un discret syndrome lombo-vertébral, mais sans évidence pour une atteinte radiculaire déficitaire au niveau des membres inférieurs. Il a retenu une symptomatologie évocatrice d'une meralgie paresthésique à droite. Il a relevé de probables phénomènes d'étirement pouvant expliquer ces phénomènes électrisants et douloureux et a préconisé une approche médicamenteuse.

La CNA a, par courrier du 13 janvier 2003, informé l'intéressé qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance avec effet au 28 février 2003 en raison de la fin du traitement. Par décision du 25 février 2003, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 23 % dès le 1^{er} mars 2003, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12.50 % ascendant à 13'350 fr. Malgré l'opposition formée par l'assuré, la CNA a confirmé sa décision en date du 23 août 2003.

d) Dans un rapport d'examen du 21 mars 2003, le Dr S._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a considéré que :

"La capacité de travail résiduelle est estimée entre 50 et 100 % dans des activités adaptées aux limitations fonctionnelles ostéo-articulaires. En revanche, les problèmes psychiatriques justifient une IT totale dans toute activité. Ceci est déjà souligné par le Dr F._____ dans son rapport du 26.6.2002. Le Dr Z._____ précise que l'état de santé est susceptible de s'améliorer grâce au traitement médical. Par définition, le syndrome de stress post-traumatique et l'épisode dépressif devraient être limités dans le temps. Une révision devrait être organisée à relativement court terme.

Lors de la révision, les deux aspects, ostéo-articulaire et psychiatrique, devront être réévalués".

Par décision du 7 avril 2003, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} octobre 2002.

B. Dans le cadre de la révision de la rente mise en œuvre par l'OAI en avril 2005, l'intéressé a rempli un formulaire le 19 avril 2005, en

précisant notamment qu'il était suivi par le Dr G._____ et qu'il était sans activité lucrative. Dans un rapport médical du 26 juillet 2005, le Dr G._____ a posé les diagnostics de status 4 ans après ostéosynthèse par voie ilio-inguinale et voie postérieure d'une fracture en T transtéchale du cotyle droit, ainsi que de troubles dépressifs majeurs secondaires avec état de stress post-traumatique. Il a estimé que la capacité de travail ne pouvait probablement pas être améliorée et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, en raison de l'état psychique du patient.

Par avis médical du 7 mars 2006, le Dr S._____ du SMR a constaté que pour l'assuré et le médecin traitant, la situation était inchangée. Néanmoins, on pouvait s'attendre à une évolution spontanément favorable s'agissant de l'état de stress post-traumatique, raison pour laquelle un examen rhumato-psychiatrique était indiqué. Dans un rapport du 17 juillet 2007, faisant suite à un examen rhumatologique et psychiatrique de l'assuré, le Dr W._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et rééducation et la Dresse N._____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont posé les diagnostics de status post fracture complexe du cotyle, avec suspicion d'instabilité de la symphyse pubienne, arthrose sacro-iliaque droite (S 32.4), de lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discopathie étagée, troubles dégénératifs postérieurs, de status après épisode dépressif d'intensité sévère en rémission (F 33.4) et de status après syndrome de stress post-traumatique, en rémission (F 62.0). L'évolution somatique était restée stationnaire, la capacité de travail exigible étant déterminée par la tolérance de la hanche droite et du rachis lombaire aux contraintes mécaniques. Ainsi, l'exigibilité était de 100 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, soit excluant les positions suivantes : pour la hanche droite : travail accroupi ou à genoux, marche au-delà de 500 mètres sans s'arrêter, montée/descente répétée d'escaliers; station debout prolongée au-delà de 30 minutes; pour le rachis lombaire : mouvements répétés de flexion/extension, port de charge au-delà de 10 kg, attitude en porte-à-faux du tronc, position statique debout au-delà

de 30 minutes. Les Drs W._____ et N._____ ont également constaté que :

"L'assuré présente une amplification des symptômes, il existe une discordance entre les allégations de l'assuré et l'atteinte du système ostéo-articulaire objectivable. M. T._____ n'a pas de complication majeure dans les suites de la fracture du cotyle, la consolidation est considérée comme bonne, la boiterie à la marche fluctue; on retiendra qu'à la consultation du 02.09.02, le patient marchait sans canne avec une boiterie minime chez le Dr H._____; cette fluctuation de la boiterie est également observable lors de l'examen de ce jour. Il n'y a pas d'amyotrophie importante de non-utilisation. Le status post ostéosynthèse du cotyle ne contre-indique pas un travail léger alternant les positions assises et debout.

Sur le plan strictement psychiatrique, l'exigibilité est totale dans toute activité. Etant donné que l'assuré n'a plus de suivi psychiatrique depuis 2003, ce qui est bien congruent avec l'amélioration de son état de santé, l'appréciation du médecin traitant, le Dr G._____, en date du 26.07.05, qui met en évidence un état de santé stationnaire sur la plan psychiatrique, ne peut être pris en compte puisque ce médecin n'a pas décrit les critères diagnostiques des deux pathologies psychiatriques dont souffrait l'assuré suite à son accident.

A relever qu'il s'agit d'une appréciation médico-théorique; au vu de l'amplification des symptômes et de la faible motivation actuelles de l'assuré, les mesures d'ordre professionnel ont peu de chances de succès, mais pour des raisons non médicales".

Au vu de ces éléments, les Drs W._____ et N._____ ont attesté une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle d'employé [...]. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 %, l'amélioration des troubles thymiques datant du printemps 2003, période correspondant à l'arrêt du suivi psychiatrique (rapport d'examen SMR du 18 juillet 2007).

C. a) En date du 28 mars 2008, l'OAI a adressé à T._____ un projet de suppression de la rente d'invalidité. Il a considéré, au vu du rapport du SMR du 17 juillet 2003, que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et que dès le printemps 2007, une capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée dans une activité respectant les limitations

fonctionnelles décrites. L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de sa capacité de gain. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'550 fr. 67 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2003, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2003 (41.7 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2002-2003 (+ 1.4 %) et d'un abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 52'025. fr. 56. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 55'658 fr. en 2003, mettait en évidence une perte de gain de 3'632 fr. 45, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 6.5 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le degré d'invalidité de l'assuré étant dès lors inférieur à 40 %, le droit à la rente devait être supprimé dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Toutefois, au vu des limitations fonctionnelles, une aide au placement pouvait être octroyée à l'assuré. L'OAI a ainsi indiqué à l'intéressé, par communication du 28 mars 2008, qu'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient fournis par le service de placement.

Par courrier du 8 avril 2008, le Dr G. _____ a indiqué que la décision précitée ne tenait pas du tout compte de l'état de santé de son patient. Il a fait état de difficultés sur le plan moteur (boiterie, marche avec canne avec douleurs persistantes), de troubles dépressifs majeurs avec un état de stress post-traumatique et d'hypertension artérielle compensée. Il a estimé que l'OAI devait contacter le Dr Z. _____ afin de déterminer la capacité du patient à une reprise du travail qui avait été estimée à 50 % par le Dr H. _____ sur le plan orthopédique.

Par décision du 7 mai 2008, l'OAI a supprimé le droit à la rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a également retiré l'effet suspensif au recours.

Lors d'un premier entretien de placement, l'assuré s'est montré en désaccord avec l'exigibilité retenue. Par courrier du 29 mai 2008, l'OAI a indiqué qu'il avait bien compris que son état de santé actuel

ne lui permettait pas d'entrer dans une démarche de classement raison pour laquelle il lui demandait de signer un courrier précisant qu'il renonçait à cette aide (courrier daté du 29 mai 2008).

D. a) Par acte de son mandataire du 5 juin 2008, T. _____ recourt contre cette décision, en concluant principalement à l'admission du recours, la décision étant réformée en ce sens qu'il doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2008, subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise. En substance, il fait valoir que le Dr G. _____ a retenu que son état général ne s'était de loin pas amélioré, avec l'apparition de nouveaux troubles, réduisant à néant sa capacité de travail. Ne disposant d'aucune qualification professionnelle reconnue en Suisse, il est d'avis qu'il ne sera pas en mesure de retrouver un emploi, compte tenu notamment des nombreuses limitations fonctionnelles qu'il présente. En outre, l'intimé n'a pas tenu compte de l'avis de son médecin traitant qui a retenu un état dépressif chronique et persistant. Sur ce point, il critique l'absence d'investigations médicales de l'intimé qui n'a pas sollicité un complément du psychologue qui le suit encore aujourd'hui. Il s'étonne également de la teneur du courrier de l'intimé du 29 mai 2008, qui a renoncé à poursuivre la démarche prévue d'aide au placement, ce qui apparaît comme un aveu d'impuissance flagrant à l'égard de son cas.

b) En date du 15 juillet 2010, le recourant a déposé une demande de restitution de l'effet suspensif du recours, qui avait été retiré dans la décision attaquée. Cette demande a été complétée en date du 8 septembre 2008.

c) Dans sa détermination du 23 septembre 2008, l'OAI a conclu au rejet de la requête de restitution de l'effet suspensif. En effet, l'intimé a considéré que l'issue du litige au fond était incertaine et que, dans l'hypothèse où l'assuré n'obtiendrait pas gain de cause, une procédure en restitution des prestations versées à tort pourrait se révéler infructueuse compte tenu de sa situation financière.

d) Par jugement incident du 30 septembre 2008, le Tribunal des assurances a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif.

e) En date du 2 octobre 2008, le recourant a produit un rapport du 18 septembre 2008 du Centre d'Imagerie de [...] relatif à une CT lombaire

f) Dans sa réponse du 15 décembre 2008, l'OAI a confirmé sa décision et a conclu au rejet du recours. Sur le plan somatique, il a retenu que les conclusions de l'expert du SMR rejoignaient parfaitement l'appréciation alors émise par le Dr R. _____ en 2002. Les constatations objectives ainsi que les limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr G. _____ étaient également superposables à celles mentionnées par l'expert du SMR. Seule l'appréciation de la capacité de travail divergeait. Sur le plan psychiatrique, les conclusions du Dr G. _____ ne pouvaient remettre en question celles de l'expert psychiatre du SMR, lequel affirmait que l'état dépressif ainsi que l'état de stress post-traumatique étaient en rémission et qu'il ne subsistait aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

g) Dans sa réplique du 19 novembre 2009, le recourant a produit 3 pièces attestant de la dégradation irréversible de l'évolution de son état de santé, soit un courrier du 16 mars 2009 du Dr X. _____, spécialiste FMH en neurologie, adressé au Dr G. _____, mettant en évidence d'importants dysfonctionnements sous l'angle d'une pathologie lombaire; une attestation du 27 octobre 2009 de Mme K. _____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, faisant état d'un état dépressif et anxieux manifeste, avec une souffrance constante et désormais chronique et un certificat médical du 2 octobre 2009 du Dr G. _____.

h) Dans sa duplique du 14 décembre 2009, l'intimé s'est référé à un avis médical du SMR du 14 décembre 2009 et a estimé, en tout état de cause, que les avis médicaux présentés par le recourant ne remettaient pas en question les conclusions de l'examen clinique du SMR du 11 mai

2007 au cours duquel l'intéressé avait été examiné par des spécialistes en rhumatologie et psychiatrie.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, – à l'époque le Tribunal des assurances – est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable (art. 117 al. 1 LPA-VD), s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD; 117 LPA-VD).

2. a) Eu égard à la date à laquelle a été rendue la décision litigieuse (7 mai 2008) et dans la mesure où le litige porte sur la suppression de la rente entière d'invalidité du recourant dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de son prononcé, il faut prendre en considération les modifications de la LAI entraînées par la novelle du 21 mars 2003 (4^e révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er}

juillet 2006 (dispositions transitoires y relatives, let.c), ainsi que la loi fédérale du 6 octobre 2006 (5^e révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont également applicables au présent litige. La législation applicable en cas de changement de règles de droit reste en effet celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445, TFA I 392/05 du 24 août 2006, consid. 3.2).

b) Cela étant, le Tribunal fédéral a jugé que les principes développés par la jurisprudence en matière d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité et de révision, ainsi que sur la détermination du taux d'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés (ATF 130 V 343 consid. 2, 3.6 ; TFA I 392/05 du 24 août 2006, consid. 3.2).

3. Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du droit du recourant à une rente entière d'invalidité avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'OAI d'aboutir à une telle conclusion. L'assuré fait valoir que l'intimé ne pouvait s'appuyer sur aucun motif de révision au moment où il a rendu sa décision de suppression de la rente et que sa capacité de travail n'avait pas varié depuis lors, de sorte qu'aucune modification de sa situation n'était intervenue à la date déterminante. Par conséquent, en l'absence de modification de son état de santé, une suppression de la rente n'était pas justifiée

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et

donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5., 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui 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 conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 également 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

5. a) Il convient en l'espèce de déterminer si les conditions d'une révision sont remplies. L'intimé a fondé la décision initiale d'allocation de rente du 17 juillet 2003 sur les rapports médicaux dont il avait connaissance. Cette décision faisait en réalité suite à une communication du 7 avril 2003 avec en annexe une motivation écrite relative à l'octroi de la rente. Ladite communication précisait qu'une révision de la rente était prévue pour le 1^{er} avril 2004. Jusqu'à l'accident de circulation dont il a été victime le 11 octobre 2001, T. _____ semble avoir été en bonne santé. Cet accident a provoqué une fracture des deux colonnes du cotyle droit (cavité articulaire de l'os iliaque, située de chaque côté du bassin, dans laquelle vient s'articuler la tête fémorale pour constituer l'articulation de la hanche) qui a été réduite et ostéosynthésée par une double voie, tout d'abord ilio-inguinale, puis postérieure. L'évolution a été défavorable avec des douleurs persistantes et des limitations fonctionnelles malgré une bonne consolidation de la fracture et une congruence tout à fait correcte. En raison d'un état algique important, plusieurs investigations ont été menées, notamment un EMG qui n'a pas révélé d'éléments significatifs, mis à part un discret syndrome lombo-vertébral sans évidence pour une atteinte radiculaire déficitaire au niveau des membres inférieurs (rapport du 29 octobre 2002 du Dr B. _____).

Si les différents praticiens consultés à l'époque s'accordaient à dire que le recourant présentait une pathologie ostéo-articulaire, ils divergeaient s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail compte tenu des atteintes présentées. Ainsi, le Dr R. _____, médecin à la CNA, a ainsi conclu que, du point de vue orthopédique, l'assuré était bien remis, de sorte qu'en l'état, il pouvait travailler en plein dans une activité légère, largement sédentaire et autorisant des positions alternées. Ce praticien a en effet constaté qu'objectivement, la mobilité de la hanche droite était bien récupérée. Le tonus et la force musculaire semblaient également bien restaurés. Une atteinte du nerf fémoro-cutané - jugée ultérieurement probable (appréciation médicale du 15 novembre 2002) - ne pouvait expliquer les douleurs invalidantes. Sur le plan radiologique, le cotyle était bien reconstruit; il n'y avait pas de nécrose de la tête fémorale. Le Dr H. _____ a estimé que le patient devrait au mieux bénéficier d'une

demi-rente et travailler à 50 % avec alternance de positions assise et debout et des travaux légers avec port de charges inférieures à 15 kg, sans toutefois exclure qu'avec l'aide d'une rente transitoire et d'une reconversion professionnelle pendant 6 mois, le patient puisse reprendre une activité professionnelle lucrative évitant tout besoin de rente AI (rapport médical du 20 septembre 2002). Le Dr H. _____ a en outre indiqué à l'intention de la CNA que la reprise du travail à 100 % était prévue pour le 31 octobre 2002 pour des raisons orthopédiques. A cette échéance, le patient devait être considéré comme apte au travail à 50 % dans un travail adapté et léger (rapport du 20 septembre 2002), ce qui est pour le moins contradictoire. Le Dr G. _____, médecin traitant de l'assuré, a quant à lui, constaté une légère amélioration sur le plan orthopédique, avec la persistance d'un état de stress post-traumatique avec état anxio-dépressif majeur. Il a attesté une incapacité totale de travail dès le 11 octobre 2001 jusqu'à la fin octobre 2002 en évoquant une éventuelle reprise à 50 % dès le 1er novembre 2002 dans un travail adapté.

b) Lors de l'octroi de la rente en 2003, l'intimé ne s'est en réalité pas prononcé quant au taux de capacité de travail de l'assuré à retenir sur le plan ostéo-articulaire. Le SMR a simplement indiqué que la capacité de travail résiduelle de l'intéressé oscillait entre 50 et 100 % dans des activités adaptées aux limitations fonctionnelles ostéo-articulaires (rapport d'examen du 21 mars 2003). Par conséquent, seules les affections psychiques ont motivé l'attribution des prestations en cause et nécessitaient un réexamen au moment de la suppression de la rente. Il ressort en effet d'une fiche d'examen du dossier établie le 18 février 2003 que l'OAI a retenu le syndrome de stress post-traumatique et l'épisode dépressif majeur sévère en tant qu'atteinte principale à la santé sur les problèmes psychiatriques pour justifier une incapacité de travail totale dans toute activité, élément qui avait été mis en évidence par le Dr F. _____ (consilium psychiatrique du 26 juin 2002) et qui motivait, selon le Dr Z. _____, une incapacité de travail totale en raison des diagnostics précités (rapport médical du 23 octobre 2002). Le Dr Z. _____ ayant conclu à une amélioration de la capacité de travail par

des mesures médicales, l'OAI a toutefois décidé de procéder à la révision du cas de l'assuré à court terme.

6. Pour statuer sur la révision du droit à la rente, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire afin de déterminer s'il y a avait une amélioration de l'état de santé sur le plan psychiatrique. Si tel était le cas, il était nécessaire d'examiner si une incapacité de travail sur le plan somatique devait être retenue. Dans un rapport du 17 juillet 2007, les Drs W._____ et N._____ ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de status post fracture complexe du cotyle, avec suspicion d'instabilité de la symphyse pubienne, arthrose sacro-iliaque droite (S 32.4), de lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discopathie étagée, troubles dégénératifs postérieurs, de status après épisode dépressif d'intensité sévère en rémission (F 33.4) et de status après syndrome de stress post-traumatique, en rémission (F 62.0). Ils ont cependant considéré que les diagnostics précités n'avaient aucune incidence sur la capacité de travail de l'assurée.

a) Sur le plan psychiatrique, il y a lieu de rappeler que le Dr F._____, lors de son examen du 26 juin 2002, avait retenu des plaintes de la ligne dépressive et constaté la notion d'intrusions de l'événement traumatique en cause (cauchemars, peut-être aussi flash-backs, évitement) et la peur lors de voyage en voiture. Il avait ainsi conclu que les critères diagnostiques de stress post-traumatique étaient remplis, de même que ceux d'un état dépressif majeur (idées de ruine, d'insuffisance principalement). Dans son rapport du 17 juillet 2007, la Dresse N._____ a constaté l'absence de signe de dépression ou d'élément de la lignée anxieuse au sens des classifications internationales tel que notamment une reviviscence répétée des éléments traumatiques, des souvenirs envahissants, des cauchemars ou un évitement des activités pouvant évoquer le souvenir du traumatisme. Ainsi, le syndrome de stress post-traumatique décrit à l'époque par Dr Z._____ était actuellement en rémission totale : l'assuré conduisait, partait en vacances

en avion, soutenait son fils aux matchs de football et appréciait les promenades. Il avait cependant gardé une labilité émotionnelle selon la Dresse N. _____ qui se manifestait par l'apparition de pleurs pauvres en larmes en évoquant le traumatisme ou les atteintes à la santé des membres de sa famille. L'assuré avait par ailleurs indiqué à qu'il avait interrompu toute prise en charge psychiatrique auprès du Dr Z. _____ depuis le printemps 2003. La Dresse N. _____ a estimé que depuis lors, n'y avait plus aucune atteinte à la santé.

Les arguments de l'assuré visant à justifier le maintien de la rente pour des motifs psychiatriques ne résistent pas à l'examen. Si le Dr G. _____ a retenu un état de santé stationnaire sur le plan psychique (rapports des 26 juillet 2005 et 2 octobre 2009), - alors qu'il n'est pas un spécialiste en psychiatrie - il n'a pas été en mesure de décrire les critères diagnostiques des deux pathologies psychiatriques. Certes, l'assuré est suivi depuis le 31 août 2009, soit postérieurement à la décision attaquée, par Mme K. _____. Or, malgré les graves atteintes dont il se prévaut, l'assuré n'a, pendant plus de 7 ans, consulté ni le Dr Z. _____, ni un autre psychiatre, préférant critiquer l'absence d'investigations de l'intimé sur le plan psychiatrique, alors qu'aucun élément concret ne permettait de solliciter un rapport médical d'un psychiatre traitant. En tout état de cause, si Mme K. _____ a évoqué un état dépressif et anxieux manifeste, elle n'a pas été en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressé. Il semble en réalité que la suppression de la rente AI a été un choc moral très important pour l'assuré, mais cet élément ne permet pas à lui seul de justifier l'octroi d'une rente, pas plus que des pleurs ne sauraient fonder un diagnostic d'état dépressif.

Au vu des éléments précités, il convient d'admettre que l'état de santé de l'assuré s'est notablement amélioré depuis la communication du 7 avril 2003, la Dresse N. _____ concluant au demeurant que l'assuré était guéri, au sens de la LAI, de son atteinte invalidante à la santé psychiatrique (rapport, p. 9).

b) Sur le plan somatique, le Dr W._____ a relevé que les atteintes à la santé présentées par T._____ imposaient la reconnaissance d'un certain nombre de limitations fonctionnelles, mais qui étaient clairement compatibles avec des activités à plein temps modérément contraignantes et ce depuis toujours. Cet élément avait d'ailleurs été relevé par le Dr R._____ qui avait conclu à une totale capacité de travail sur le plan somatique en 2002. L'évolution de l'état de santé est stationnaire, en ce sens qu'il est marqué par une persistance de la symptomatologie douloureuse. Selon le Dr X._____ l'assuré présente un syndrome douloureux chronique probablement lié à plusieurs facteurs physiques et psycho-sociaux certainement entretenus par un état dépressif avec dépréciation et conflit assécurologique (rapport du 16 mars 2009).

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TFA du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b).

Le dossier radiologique constitué, ainsi que les rapports des praticiens précités ne mettent ainsi en évidence aucun substrat anatomique ou biologique cohérent pouvant expliquer les plaintes perpétuelles de l'assuré. Sur le plan médico-théorique, le rapport du Dr W._____ décrit de façon précise les limitations fonctionnelles de l'assuré et se fonde sur une motivation claire et exempte de contradictions quant à la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Les

limitations fonctionnelles décrites par le Dr W._____, plus précises que celles retenues par le Dr H._____, ne permettent en effet pas d'envisager la reprise de l'ancienne activité d'employé [...]. Par contre, il se justifie d'admettre sur le plan somatique une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Certes, le Dr G._____, médecin traitant de l'assuré, a fait état de difficultés invalidantes sur le plan moteur (rapports des 8 avril 2008 et 2 octobre 2009). En réalité, ce praticien a joué son rôle de médecin chargé de soulager l'expression d'une souffrance, puisque la symptomatologie douloureuse dont il fait état résulte pour l'essentiel des seules plaintes exprimées par le recourant. Il a ainsi clairement indiqué que si aucune autre activité n'était exigible, c'était en raison de l'état psychique de son patient (annexe au rapport médical du 26 juillet 2005). Au demeurant, l'hypertension artérielle dont il a fait état n'a aucune influence sur la capacité de travail de son patient (rapport médical du 26 juillet 2005). Le Dr X._____ a conclu à quelques signes de souffrance radiculaire modérée, sans indication opératoire, surtout en S1 bilatérale avec sténoses foraminales L5-S1. Outre le fait que ce praticien ne s'est pas prononcé sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail (rapport du 16 mars 2009) de l'assuré, il y a lieu de constater que ses conclusions sont superposables à celles du Dr W._____ qui a toutefois mis en évidence des signes de non-organicité selon Waddell (rapport du 17 juillet 2007, p. 8). Les Drs W._____ et N._____ ont également mis en évidence une fluctuation de la boiterie lors de l'examen et l'absence d'amyotrophie importante de non-utilisation (rapport du SMR du 17 juillet 2007, p. 9 in fine).

Au vu de ces éléments, il convient de retenir que sur le plan somatique aucun élément ne contre-indique un travail léger, c'est-à-dire adapté aux limitations fonctionnelles de l'intéressé.

c) Il appert dès lors qu'une pleine valeur probante doit être accordée au rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 17 juillet 2007. Le rapport précité se fonde en effet sur une anamnèse complète, des examens somatiques convaincants, la prise en compte des éléments radiologiques et des plaintes de l'assuré, une appréciation claire des

douleurs décrites et des atteintes objectivables, ainsi que des conclusions dûment étayées. Il décrit en outre de façon précise les limitations fonctionnelles de l'assuré et se fonde sur une motivation claire et exempte de contradictions quant à la capacité de l'assuré dans une activité adaptée.

Au vu des éléments décrits ci-dessus, il y a lieu de considérer que le recourant présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle d'employé [...] et qu'il dispose d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, soit répondant aux limitations fonctionnelles décrites.

7. Le recourant n'ayant pas contesté la détermination du taux d'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus, il n'y a pas lieu d'examiner ce point. Vu l'absence d'invalidité selon la méthode précitée, le recourant n'a pas droit à des mesures de réadaptation professionnelle. En effet, le seuil minimum de 20 % environ de la diminution de la capacité de gain fixé par la jurisprudence (ATF 130 V 488, consid. 4.2 p. 490, 124 V 108 consid. 2b p. 110 ss) pour ouvrir le droit à une mesure d'ordre professionnel, n'est pas atteint. Il fait cependant valoir qu'une activité légère telle que décrite par l'intimé est introuvable.

La seule question déterminante est celle de savoir dans quelle mesure la capacité de gain résiduelle de l'assuré peut être exploitée économiquement sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les arrêts cités). Il n'y a pas lieu d'examiner si l'intéressé peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement s'il peut encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre.

En l'espèce, il convient de retenir que le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le revenu est déterminé en fonction de la

situation professionnelle concrète de l'intéressé ou, à défaut de revenu effectivement réalisé comme en l'espèce, en fonction des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb p. 76 s.). Ces données tiennent compte d'un large éventail d'activités simples et répétitives existant sur le marché du travail et dont un bon nombre est adapté aux handicaps de l'assuré pour qu'il puisse mettre à profit sa capacité de travail résiduelle. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part du recourant (rapport final SMR du 17 juillet 2007), seul le niveau de qualification 4 correspondant aux activités simples et répétitives entre ici en considération (ATF 126 V 75 consid. 7a p. 81, 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323; VSI 1999 p. 182 consid. 3b p. 185 [I 593/98]; RAMA 2001 n° U 439 p. 348 [U 240/99]). Enfin, âgé de 55 ans au moment de la décision litigieuse, le recourant n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (TF 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2, 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mai 2009 consid. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références).

8. a) Il y a dès lors lieu de considérer que l'assuré est encore capable de travailler dans le cadre d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par les experts. Dès lors, au moment déterminant, soit lors de la décision du 7 mai 2008, les conditions étaient réunies pour que le droit du recourant à une rente entière d'invalidité soit supprimé. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la

procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 mai 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 250 fr. est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Francesco Andrea Delco' (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :