

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 décembre 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Thalmann et Mme Röthenbacher
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

P. _____, à Morges, recourant, représenté par Me Julie Laverrière, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) P._____, né en 1964, travaillait en qualité de boucher depuis le 1^{er} juillet 1998 auprès de l'entreprise [...] SA à [...]. Le 29 juin 2000, il a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'il était au volant de sa voiture, il s'est fait percuter par un autre véhicule qui doublait un camion dans un virage, entraînant un choc frontal avec perte de connaissance. Désincarcéré et transporté au D._____ par la Rega, il a subi de multiples opérations et a été hospitalisé durant 2 ans par intermittence. Son cas est d'un point de vue asséculo-logique pris en charge tout d'abord par les Assurances LAA [...], puis par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA).

Le 8 février 2001, l'intéressé s'est annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité (OAI) en sollicitant l'octroi de mesures professionnelles. Dans un rapport médical du 9 mars 2001, le Dr X._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient de fracture luxation postérieure de la hanche gauche, de fracture de la colonne postérieure et hémi-transverse antérieure du cotyle gauche, de fracture/luxation du Lisfranc du pied droit, de fracture ouverte stade II de la palette humérale gauche, de fracture ouverte stade II de l'olécrâne gauche, de fractures sous-capitales des métatarsiens II à IV à droite, de fracture du sinus frontal, de fracture de la 11^{ème} dent et de plaies faciales multiples. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le 29 juin 2000, en indiquant que la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche était prévue. En outre, compte tenu des limitations fonctionnelles du coude gauche, des douleurs au pied droit et du port d'une prothèse à la hanche gauche, le Dr X._____ préconisait pour son patient un reclassement professionnel afin d'éviter de mettre sa hanche à trop forte contribution dans son ancien métier de boucher. Il a estimé que dans une activité semi-sédentaire (soit sans gros efforts, lourdes charges ou fortes trépidations), l'assuré pouvait présenter une totale capacité de travail, sans limitation d'horaire ou de rendement.

L'assuré a suivi un stage d'orientation de trois mois, puis débuté une formation de dessinateur en bâtiment, auprès du Y._____, à [...], du 15 avril 2002 au 31 juillet 2003. En raison de la complexité des matières à acquérir pour cette branche et des aptitudes intellectuelles insuffisantes de l'intéressé, la mesure n'a pas été suivie d'effet, notamment par un raccordement au CFC ou l'octroi d'une certification Y._____. Un second stage d'orientation a été mis en place du 17 novembre au 5 décembre 2003, au Centre Y._____ de [...], en section chimie. Tout en reconnaissant que les aptitudes professionnelles pratiques de l'assuré s'apparentaient à celles exigées pour la formation de laborant en biologie, le centre a estimé qu'une remise à niveau en mathématiques et en français lui paraissait indispensable pour mener à bien une formation.

Dans l'intervalle, les Assurances LAA [...] ont mandaté le Dr Z._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour la réalisation d'une expertise afin d'évaluer l'atteinte à l'intégrité LAA. Dans un rapport du 22 août 2003, ce praticien a posé les diagnostics de prothèse totale de la hanche gauche pour ostéonécrose aseptique secondaire à une fracture luxation postérieure de la hanche gauche avec fracture du cotyle gauche ostéosynthésé, d'arthrose secondaire débutante du Lisfranc droit après fracture/luxation du Lisfranc droit et fracture sous-capitale des métatarsiens II et IV à droite traitées par réduction/osthéosynthèse et plâtre, de réduction et osthéosynthèse d'une fracture du sinus frontal et déviation de la cloison nasale, de fractures dentaires, de multiples plaies faciales et d'arthrolyse partielle puis totale d'une ostéosynthèse de la palette humérale et de l'olécrâne gauche, pour fracture ouverte stade II. L'expert a estimé que l'état actuel de l'assuré pouvait être considéré comme stabilisé tout en précisant qu'il était susceptible d'aggravation. Excluant toute capacité de travail dans la profession de boucher, le Dr Z._____ a cependant estimé qu'elle était totale, si l'intéressé était assis, occasionnellement debout avec des ports de charges n'excédant pas 10 kg.

L'assuré a été hospitalisé à l'Hôpital psychiatrique de [...] du 1^{er} au 11 mars 2004. Dans leur rapport médical du 13 mai 2004, les Drs M._____, chef de clinique, et H._____, médecin assistant, ont diagnostiqué un état dépressif moyen depuis plusieurs mois avec syndrome somatique (F 32.11), une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0), des douleurs ostéoarticulaires multiples résultant d'un polytraumatisme suite à un accident de la voie publique et une surdité de l'oreille droite post-méningite bactérienne dans l'enfance. Les médecins ont constaté qu'après un traitement antidépresseur, l'état du patient s'était rapidement amélioré et ont retenu une incapacité de travail limitée à la durée de l'hospitalisation.

Dans une lettre du 9 janvier 2005, le Dr B._____, psychiatre et psychothérapeute traitant, a indiqué qu'il avait reçu l'assuré à neuf reprises entre octobre 2001 et mai 2002, dans le contexte d'un conflit de couple. Il a relevé que son patient présentait, dès les premiers entretiens, un état dépressif d'intensité moyenne et des modifications durables de la personnalité après une expérience de catastrophe (accident de la circulation avec choc frontal en 2000) et que cet état psychique avait une influence certaine sur sa relation de couple et sur ses capacités à se réinsérer sur le plan socioprofessionnel.

La CNA a dès lors mandaté le Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport le 26 mai 2004 (recte : 2005), l'expert a constaté que l'assuré présentait un état dépressif majeur en rémission subtotale, une personnalité immature à traits caractériels et un fonctionnement passif-dépendant " décompensé " en précisant notamment ce qui suit :

"Monsieur P._____ ne souffre pas de troubles psychologiques actuellement sur l'Axe I ou d'atteinte neuropsychologique pouvant être en rapport de causalité naturel de l'événement accidentel du 29.6.2000. En particulier, Monsieur P._____ n'a pas développé *d'état de stress post-traumatique, d'état dépressif majeur* en relation avec cet événement, ni de modification durable de la personnalité après une situation

catastrophe. Il faut ici évoquer essentiellement "un état antérieur" sous forme d'un trouble de personnalité qui s'est "décompensé" après l'événement accidentel du 20.6.2000, mais pas exclusivement au motif de l'événement lui-même, mais des nombreuses pertes objectives subies depuis lors : baisse performances physiques; échec matrimonial; échec de son reclassement professionnel sous l'égide de l'OAI. Cet échec n'est pas surprenant chez ce sujet qui, mis à part l'obtention par l'art. 41 d'un CFC de boucher en 2000, n'a jamais été en mesure de mener à terme un apprentissage, d'assumer des responsabilités, notamment lorsqu'il a tenté de reprendre la gérance d'une boucherie à son propre compte".

Il a ajouté que l'assuré avait une très mauvaise conscience de ses difficultés, de ses limitations psychiques et intellectuelles, d'où une tendance à avoir des projets et ambitions de réinsertion professionnelle souvent irréalistes et peu en rapport avec son potentiel objectif. Par ailleurs, jusqu'à l'accident du 20 juin 2000, l'assuré trouvait parfois un aménagement à sa fragilité psychique par l'accomplissement de son travail d'aide boucher et la pratique des sports extrêmes lui permettant ainsi de compenser son sentiment de manque et d'insuffisance. L'accident, l'impossibilité de poursuivre son activité professionnelle antérieure et la pratique des sports extrêmes, son échec au niveau de sa vie matrimoniale, ainsi que sa réinsertion professionnelle l'ont déséquilibré. L'expert a conclu que l'intéressé pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée à son invalidité physique et à la singularité de sa personnalité (activité simple et dans un environnement peu compétitif), avec octroi d'une aide au placement, tout projet de reclassement professionnel devant être abandonné.

Dans un rapport d'examen du 7 juillet 2005, le Dr F._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté que sur le plan physique, l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans une activité légère, largement sédentaire et autorisant des positions alternées. Sur le plan psychique, il a indiqué que les troubles rencontrés étaient susceptibles de limiter sa capacité de travail selon les constatations du Dr C._____, l'avenir étant par ailleurs incertain sur le plan de la réintégration socio-professionnelle.

L'OAI a dès lors soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (ci-après : SMR), qui a confirmé, en date du 14 septembre 2005, la problématique psychique mise en évidence par le Dr C._____. Il a estimé que l'intéressé était à même d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles psychiatriques, soit une activité comportant des tâches simples et répétitives et ne demandant pas d'initiative, ni d'analyse de problème complexe, dans un environnement peu compétitif.

b) Par décision du 6 mars 2006, l'OAI a refusé d'octroyer une rente, ainsi que des mesures professionnelles, l'assuré n'ayant pas accepté d'entrer dans une démarche permettant de trouver une activité simple et répétitive. L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'437 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; activité industrielle légère, petit montage-assemblage, surveillance d'un processus de production et conditionnement) en 2000, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2000 (41.7 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2000 à 2001 (+ 2.5 %) et d'un taux d'abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 51'205 fr. 10. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 54'210 fr. en 2001, mettait en évidence une perte de gain de 3'004 fr. 90, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 5.54 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré s'est opposé à cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et à la mise en œuvre d'une expertise somatique (compte tenu de l'aggravation de ses limitations physiques) et psychiatrique, l'expertise pratiquée par le Dr C._____ étant en contradiction avec les avis des Drs B._____ et H._____.

Dans le cadre de l'instruction de l'opposition, le Dr B._____ a indiqué, dans une lettre du 25 avril 2007, que son patient, bien qu'il le niât totalement, présentait un trouble psychique conséquent depuis la fin de

son adolescence, que cette non reconnaissance de sa pathologie psychique faisait partie de sa maladie, qu'il avait pu acquérir au début de son âge adulte un équilibre dans sa vie professionnelle et affective totalement remis en question après son accident de voiture et que les traumatismes et séquelles de l'accident lui avaient enlevé ses capacités d'adaptation. Il a indiqué qu'une expertise était d'autant plus nécessaire qu'elle devait contredire les conclusions, en partie erronées, du Dr C._____. Dans un rapport médical du 18 octobre 2007, le Dr X._____ a conclu que l'état du patient était stationnaire sur le plan orthopédique et a confirmé que l'assuré pouvait exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire, excluant le port de charge, le déplacement dans des terrains inégaux, ainsi que la montée et la descente sur une échelle ou des escaliers.

c) Par décision sur opposition du 10 décembre 2007, l'OAI a confirmé sa décision antérieure en retenant que les pièces médicales au dossier lui permettaient de se prononcer valablement sur le droit aux prestations de l'AI et qu'il n'y avait dès lors pas lieu de mettre en œuvre une seconde expertise psychiatrique.

B. a) Par acte de son mandataire du 28 janvier 2008, P._____ recourt contre cette décision en concluant principalement à l'allocation d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction, nouvelle expertise et nouvelle décision. A titre de mesures d'instruction, il requiert la nomination d'un expert psychiatre. Entre autres arguments, il fait valoir que l'expertise du Dr C._____ se fonde sur une appréciation générale négative, contient de nombreuses imprécisions s'agissant des dates et événements déclencheurs, apprécie de manière erronée les antécédents du recourant et est contredite par le rapport d'un autre médecin. Il plaide pour l'existence d'un lien de causalité entre l'atteinte à la santé psychique et l'accident, car il n'a jamais rencontré de troubles psychopathologiques auparavant.

b) Dans sa réponse du 21 février 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant au rapport du SMR du 14 septembre 2005 et à celui de son service de réadaptation du 19 décembre 2005.

c) Dans sa réplique du 30 avril 2008, le recourant a précisé qu'il souhaitait la mise sur pied d'une expertise psychiatrique, d'une part, pour déterminer si ses souffrances psychiques étaient en relation de causalité avec l'accident et, d'autre part, afin d'évaluer sa capacité de travail. En réitérant les arguments développés dans son premier mémoire, il a ajouté que l'avis du Dr C._____, selon lequel ses épisodes de dépression seraient à mettre sur le compte de ses difficultés conjugales, n'est pas corroboré par les Drs H._____ et B._____. Il a en outre ajouté qu'il n'avait jamais souffert de dépression avant son accident du 29 juin 2000 et que sa situation psychologique s'était détériorée depuis trois ans. Il a critiqué la conclusion de l'expert selon laquelle le trouble de la personnalité était sans répercussion sur sa capacité de travail dans une activité simple et répétitive, sans prise d'initiative ni analyse de problèmes complexes, dans un environnement peu compétitif.

C. a) Par décision incidente du 21 mai 2008, le juge instructeur a rejeté la requête d'expertise psychiatrique, au motif que le dossier était suffisamment fourni en pièces médicales pour répondre aux questions posées par le litige soumis au tribunal.

b) P._____ a fait opposition le 23 mai 2008, en concluant à l'ordonnance immédiate d'une expertise psychiatrique complète, subsidiairement d'une expertise limitée à l'appréciation de ses troubles psychiques sur sa capacité de travail. Hormis les moyens déjà soulevés dans ses précédentes correspondances, il a souligné que le Dr C._____ était l'expert attitré de l'intimé et que ses conclusions étaient régulièrement l'objet de controverses, y compris au sein du corps médical. Il a également relevé que la décision de l'OAI contredisait l'opinion du Dr C._____ qui préconisait une aide au placement avant de conclure à une invalidité partielle ou définitive pour des motifs psychiques. Le 20 juin

2008, le recourant a produit une attestation du 21 mai 2008 du Service de psychiatrie communautaire du D._____ selon laquelle il travaillait en atelier à l'unité de réhabilitation depuis le 13 mai 2008.

c) Le 18 juillet 2008, l'OAI a conclu au rejet de l'opposition, étant toujours d'avis qu'une nouvelle expertise n'était pas nécessaire.

d) Par jugement incident du 23 septembre 2008, le Tribunal des assurances a rejeté l'opposition formée par l'assuré et a considéré qu'une nouvelle expertise psychiatrique ne se justifiait pas, le dossier médical contenant toutes les pièces nécessaires pour juger du cas de l'intéressé en toute connaissance de cause.

e) Par courrier du 11 mai 2009, le recourant a remis un certificat médical du Dr X._____ et un rapport de transmission de cas du 26 février 2009 établi par le Dr N._____, psychiatre à l'intention du Dr T._____ dont le contenu démontrait que le Dr Z._____ avait surestimé sa capacité de gain résiduelle. Par courrier du 15 mai 2009, le recourant a en outre fourni des explications complémentaires.

f) En date du 15 juin 2009, l'intimé a transmis un avis du SMR du 4 juin 2009. Par courrier du 23 juillet 2009, l'intimé a estimé que le certificat médical du Dr X._____ n'était pas suffisamment précis.

g) Par courrier du 16 juillet 2010, le recourant a sollicité la fixation d'une audience, se réservant de requérir des mesures d'instruction supplémentaires, ainsi que l'audition de témoins éventuels. Par courrier du 12 août 2010, il a requis des mesures d'instructions complémentaires, ainsi que l'audition de deux témoins.

E n d r o i t :

1. Interjeté le 28 janvier 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours 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).

2. Le recourant se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle il prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; 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).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées par l'assureur pour résoudre un cas litigieux, dans toute la mesure où les rapports y relatifs remplissent les exigences requises (cf. TF I 110/06 du 9 février 2007, consid. 1.3 *in fine*). A l'inverse, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré ne doivent être admises qu'avec réserve; il convient en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (cf. ATF 125 V 351, consid. 3 et les références;

TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). On ne saurait ainsi remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration, respectivement procéder à de nouvelles investigations, du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion divergente; il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise, et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. TF 9C_220/2007 du 7 avril 2008, consid. 4.4; TF 9C_142/2008 du 16 octobre 2008, consid. 2.2 et les références).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (TF 9C_312/2008 du 24 novembre 2008, consid. 6.1 et les références).

3. En l'espèce, est litigieuse la question du droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son degré d'invalidité. Ce dernier est d'avis qu'il présente une incapacité totale de travail et qu'il doit dès lors être mis au bénéfice d'une rente entière.

a) Sur le plan physique, l'évolution a été difficile, marquée notamment par une nécrose de la tête fémorale gauche, nécessitant la mise en place d'une prothèse totale de hanche gauche le 26 avril 2001. Dans le cadre de son expertise du 22 août 2003, le Dr Z. _____ a certes conclu à des séquelles orthopédiques importantes, touchant notamment la

hanche gauche et le pied droit, mais a considéré que P._____ conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cette appréciation a été confirmée par le Dr F._____, suite à un examen clinique de l'assuré en date du 16 août 2004 (rapport du 7 juillet 2005). Enfin, par avis médical du 14 septembre 2005, le SMR a relevé que les atteintes à la santé présentées par le recourant imposaient la reconnaissance d'un certain nombre de limitations fonctionnelles, mais qu'elles étaient clairement compatibles avec une activité adaptée à plein temps.

Dans un rapport médical du 9 mars 2001, le Dr X._____ a relevé que son patient était en mesure d'exercer à 100 % une activité respectant certaines limitations fonctionnelles. Dans un rapport médical ultérieur, soit du 18 octobre 2007, ce praticien a indiqué que l'état de santé de son patient était stationnaire et qu'il pouvait exercer à 50 % une autre activité respectant certaines limitations fonctionnelles pour autant que "vous puissiez l'aider à sortir de son trou noir actuel" (annexe au rapport médical). Le Dr X._____ n'ayant constaté aucune aggravation de l'état de santé de l'intéressé, son appréciation quant au taux de capacité de travail dans une activité adaptée doit être écartée, car elle est manifestement fondée sur des éléments psychiques qui échappent au domaine de compétence de ce praticien. Certes, le Dr X._____ a fait état d'une omarthrose centrée, élément qui avait cependant déjà été mis en évidence par le Dr F._____ (rapport du 7 juillet 2005). Le certificat médical du 24 février 2009 établi par le Dr X._____ attestant une incapacité de travail de longue durée en raison des séquelles de deux accidents de la voie publique, n'est pas suffisamment précis pour remettre en cause les rapports des Drs Z._____ (rapport d'expertise du 22 août 2003) et F._____ (rapport du 7 juillet 2005), ainsi que l'avis médical du SMR (avis médical du 14 septembre 2005). En effet, ledit certificat ne permet pas de déterminer si l'incapacité de travail dont il est fait état, concerne non seulement des événements survenus avant la décision dont est recours, mais également l'exercice d'une activité adaptée. En tout état de cause, le Dr X._____ n'a pas retenu que l'état de santé de son patient s'était aggravé sur le plan somatique excluant ainsi l'exercice d'une

activité adaptée, ni que des éléments objectifs justifiaient de retenir une aggravation de l'état de santé de son patient.

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

b) Sur le plan psychique, l'intimé s'est fondé sur les conclusions du Dr C._____ et a retenu que le recourant présentait une capacité totale de travail. Le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise du Dr C._____ et allègue qu'il se justifie dès lors de procéder à des mesures d'instruction complémentaires.

En l'espèce, il y a tout d'abord lieu de relever que le rapport du Dr C._____ a été établi conformément au Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux (DSM IV-TR). Le Dr C._____ a également utilisé d'autres tests psychométriques (échelle d'Hamilton, test de Spielberger, etc.). Le diagnostic de l'expert s'appuie donc légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Le rapport d'expertise du 26 mai 2005 du Dr C._____ se fonde également sur un entretien avec le recourant, le dossier de l'AI, un rapport neuropsychologique, le dossier de l'Hôpital de [...] (notamment le rapport des Drs M._____ et H._____) et le rapport du 9 janvier 2005 du Dr B._____. Il repose dès lors sur un examen clinique approfondi et a été effectué en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. L'expert a pris en considération les plaintes exprimées par l'assuré. La description du contexte médical ainsi que l'appréciation de la situation médicale sont claires. Enfin - en ayant en particulier discuté les opinions émises par les divers médecins s'étant prononcés sur l'état de santé du recourant, en précisant pour quelles raisons il se ralliait ou non à leur diagnostic - ses conclusions sont dûment motivées et convaincantes. Plus particulièrement, le diagnostic d'état dépressif majeur actuellement en rémission partielle repose non seulement sur l'examen fait lors de

l'expertise, mais également sur l'évolution favorable de la symptomatologie dépressive signalée par le Dr H._____ dans son rapport du 13 mars 2004, qui constate une amélioration rapide sous traitement antidépresseurs. Enfin, l'état de santé psychique de l'intéressé semble pour le moins s'être stabilisé, puisque ce dernier fait valoir des épisodes de dépression et un état anxieux déjà pris en considération par le Dr C._____.

L'appréciation psychiatrique du Dr C._____ est non seulement cohérente, mais elle n'est au demeurant pas remise en cause de manière déterminante par les rapports des autres médecins qui se sont exprimés sur l'état de santé psychique du recourant. Que les médecins traitants ne partagent pas l'opinion de l'expert en ce qui concerne l'impact du trouble psychiatrique précité sur la capacité de travail de l'intéressé ne suffit pas à battre en brèche ses conclusions. En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont fait une appréciation différente de la situation, mais uniquement s'ils ont fait état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en question les conclusions de l'expertise (TF du 23 mai 2007 I533/06 consid. 5.3 et les références). Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, les constatations du Dr B._____ (rapports des 9 janvier 2005 et 25 avril 2007) sont très proches de celles du Dr C._____, dans le sens où le psychiatre traitant diagnostique également un état dépressif et ajoute que son patient souffre d'une pathologie psychique qui existe depuis l'adolescence, avec perte de capacité d'adaptation après l'accident. En outre, les Drs C._____, M._____ et H._____ ont souligné la maîtrise thérapeutique de l'affection psychiatrique. Se référant à l'avis du 25 avril 2007 du Dr B._____, le recourant estime cependant qu'une nouvelle expertise est nécessaire, parce qu'elle doit contredire les conclusions du Dr C._____, qu'il estime en partie erronées. Or, conformément à la jurisprudence

rappelée ci-dessus, le recourant ne saurait se prévaloir d'un tel avis - au demeurant non motivé et très succinct - pour demander la mise en œuvre d'une nouvelle expertise dont la seule finalité est qu'elle aboutisse à des conclusions qui lui soient plus favorables. En tout état de cause, on ne voit pas en quoi l'état de santé de l'assuré aurait subi une modification significative au point d'avoir une incidence - dans le sens d'une aggravation - de sa capacité de travail. Enfin, la question de la causalité entre les troubles psychiques et l'accident ne relève pas de la présente procédure, car les prestations AI ne sont pas soumises, comme c'est le cas en assurance-accidents, au principe de la causalité, si bien qu'il n'est pas décisif en l'espèce de déterminer la cause de l'état psychique de l'assuré.

L'assuré présente depuis l'adolescence un trouble majeur de la personnalité assimilable en grande partie à une atteinte à la santé mentale, qui est à l'origine d'un dysfonctionnement relationnel qui se traduit tant dans sa vie professionnelle, affective et probablement sociale, avec une dysharmonie évolutive au niveau de l'intelligence. De surcroît, l'assuré a une perception très irréaliste de son potentiel ainsi que de ses projets qui le sont tout autant, ce qui rend le processus de réhabilitation difficile (rapport d'expertise du Dr C. _____ du 26 mai 2005), élément également relevé par le département de psychiatrie du D. _____ qui a constaté la présence d'importants traits narcissiques chez l'assuré (rapport de transmission du cas du 26 février 2009). Dans ce contexte, le Dr C. _____ a relevé qu'il ne fallait pas viser un reclassement professionnel *lege artis*, mais une aide au placement dans une activité simple et répétitive excluant la prise d'initiative et l'analyse de problème complexe, exercée dans un environnement peu compétitif, lui permettant de conserver une certaine autonomie, sans trop de contraintes hiérarchiques. Comme le Dr C. _____ le supposait, P. _____ a décliné l'aide au placement proposée par l'intimé, n'étant probablement pas prêt à reprendre une activité professionnelle qui ne correspondait pas à ses aspirations. Toutefois, il a accepté des activités occupationnelles à l'atelier [...] (rapport de transmission du cas du 26 février 2009) depuis le 13 mai 2008 (attestation du 21 mai 2008 de l'unité de réhabilitation). Cet élément démontre que l'assuré ne se trouve pas dans un processus de

décompensation du trouble de la personnalité (dans ce sens rapport d'expertise du Dr C. _____ du 26 mai 2005, p. 25 in fine). Au demeurant, il y a lieu de constater que l'assuré a refusé toute prise en charge de type psychothérapie et toute médication et qu'aucun effondrement de la thymie n'a par ailleurs été observé (rapport de transmission du cas du 26 février 2009).

Dans ces conditions, force est de constater que la Cour de céans n'a pas de raison suffisante de s'écarter des conclusions de l'expert C. _____ quant à l'impact du trouble psychique sur la capacité de travail du recourant. En effet, il convient de retenir que le rapport d'expertise du Dr C. _____ remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document qu'il n'est pas lacunaire ou contradictoire et qu'il n'est antérieure que de deux ans par rapport à la décision litigieuse.

4. a) 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.

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. La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et

abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'oeuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_446/2008 du 18 septembre 2008, 9C_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Pratique VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références citées).

b) 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 43 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). Enfin, vérifié d'office, le calcul du taux d'invalidité de 5.2 % doit être confirmé.

5. 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. 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
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 10 décembre 2007 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 Julie Laverrière (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 :