

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 octobre 2009

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Gutmann et M. Schmutz, assesseurs
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

D. _____, à Renens, recourant, représenté par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey (ci-après: l'OAI), intimé.

Art. 53 al. 2 LPGA

E n f a i t :

A. a) D._____ (ci-après: l'assuré), né le 30 octobre 1959, nettoyeur, a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 7 janvier 1997. A réception de cette demande de prestations, l'OAI a sollicité deux rapports médicaux.

Dans un rapport du 29 janvier 1997, le Dr S._____, médecin traitant de l'assuré, posait le diagnostic de status après périarthrite post-traumatique de la hanche droite en avril 1996 et de nécrose aseptique des deux têtes fémorales probablement indépendamment de l'accident; il y attestait une incapacité de travail de 100% et concluait que s'il était encore trop tôt pour envisager une réadaptation professionnelle, son patient ne pourrait vraisemblablement pas continuer son travail de nettoyeur.

Dans un rapport du 6 février 1997, le Dr N._____, de l'Hôpital Orthopédique de la Suisse Romande, posait le diagnostic de nécrose aseptique des deux têtes fémorales; il se référait à l'incapacité de travail fixée par le Dr S._____ et indiquait que l'activité de nettoyeur devrait probablement être réévaluée.

b) Dans un rapport intermédiaire du 15 juillet 1997 adressé à l'OAI, le Dr S._____ indiquait que l'état de santé était stationnaire et que l'assuré poursuivait son incapacité de travail depuis le 4 octobre 1996.

c) L'OAI a mis en oeuvre un stage d'une durée de trois mois à la section Atelier d'intégration professionnelle (AIP) de l'ORIPH à Morges à compter du 14 septembre 1998. Ce stage a toutefois du être interrompu le lendemain pour raisons médicales. Dans un certificat médical du 23 septembre 1998, le Dr S._____ a indiqué que l'assuré ne pourrait sans doute pas reprendre ce stage dans un avenir prévisible en raison des douleurs qu'il présentait aux deux hanches lors d'une station debout prolongée.

d) Le 26 mars 1999, le Dr N._____ a établi un nouveau rapport médical à la demande de l'OAI. Il y posait le diagnostic de nécrose aseptique des deux têtes fémorales et de status après arthroplastie céphalique bipolaire de la hanche droite. L'état de santé était stationnaire. S'agissant des limitations fonctionnelles actuelles et futures, la fonction des deux hanches était conservée. La flexion dépassait les 95° et l'extension était complète. L'accroupissement restait toutefois difficile. La marche était tout à fait possible, mais il fallait éviter, actuellement et dans le futur, d'effectuer de longues marches et surtout limiter le port de charges à une dizaine de kilos. En conséquence, il était nécessaire d'envisager un travail sédentaire ou semi-sédentaire, en évitant tout travail de force. Dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail était d'au moins 50%, et ce dès la date du rapport.

e) Le 7 février 2000, le Dr J._____, médecin-conseil de l'OAI, après examen des pièces médicales du dossier, a évoqué une discordance entre l'état de l'assuré (excellente mobilité, consommation modeste de contre-douleurs) et les plaintes émises et observées durant les mesures professionnelles. Il a suggéré que le cas soit soumis à nouveau à l'examen des médecins de l'Hôpital orthopédique.

Dans un rapport daté du 12 avril 2000, le Dr N._____ a répondu comme suit aux questions du Dr J._____ :

"1. Evolution depuis mars 1999 et état actuel : persistance d'une symptomatologie douloureuse épisodique de la hanche droite, également de la gauche, nécessitant la prise assez régulière de Ponstan. A tenté de son propre chef de reprendre une activité comme nettoyeur de bureau, à laquelle il a dû renoncer après 1 semaine. Je ne possède pas les dates de cette tentative.

Objectivement, la mobilité des hanches est satisfaisante et permet au patient de se déplacer sans difficulté. Pour l'instant, je n'ai pas refait de contrôle radiologique.

2. Limitation fonctionnelles : la mobilité des hanches est bonne. il présente néanmoins une ostéonécrose de la hanche gauche sans effondrement radiologique et un status après arthroplastie totale de la hanche droite. En conséquence, il faut envisager une activité professionnelle sédentaire, en limitant la station debout prolongée. Une activité en position assise entrecoupée de courts déplacements

et sans port de charges dépassant 5 à 10 kg me semble devoir être exigible.

3. Est-ce qu'un taux d'activité de 100% dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles est exigible ?

Sous les conditions susmentionnées, un taux d'activité de 100% me semble devoir être exigible".

f) Un nouveau stage au Centre ORIPH a dès lors été mis sur pied. Ce stage devait avoir lieu entre les mois d'août et de novembre 2000, mais il a été interrompu à la mi-septembre 2000.

Le 21 septembre 2000, le Dr J. _____ a établi un bref avis dans lequel il indiquait que pendant le stage, l'assuré avait fait preuve de grandes difficultés sans rapport avec son problème médical (malhabile, mauvaise qualité d'exécution, aucune initiative, donc rendement médiocre), rendant la poursuite de la mesure inutile; il a proposé le cas échéant de faire procéder à un examen médical complémentaire.

g) Le 26 octobre 2000, le Centre ORIPH de Morges a adressé à l'OAI, division réadaptation, un rapport AIP dont la teneur était la suivante:

"Depuis le 14 août 2000, date de son entrée à l'AIP, D. _____ a démontré de grandes difficultés dans des travaux de soudure à l'étain, des travaux de ponçage et de petits découpages de formes en bois.

Dans tous ses travaux, la qualité de réalisation est très faible, il ne s'améliore pas avec le temps et ne fait qu'exécuter tant bien que mal ce qui lui est demandé sans prendre aucune initiative. Il n'est absolument pas technique et le mettre sur des machines, en mécanique comme dans d'autres domaines représente un certain risque au niveau de la sécurité, ceci pouvant aller jusqu'à des situations dangereuses tant D. _____ semble être dans son monde, coupé de la réalité et mal à l'aise dans les gestes les plus simples.

Le passage en informatique confirme sa difficulté d'apprentissage dans des données très simples, et la bureautique n'est vraiment pas envisageable.

Son handicap est important et il marche péniblement et très lentement en montrant des signes de douleurs, se repose de façon quasi permanente, va fréquemment chez son médecin traitant pour des traitements anti-douleurs.

Sa lenteur est générale, autant sur le plan physique que psychique et les tentatives d'apprentissage, quels que soient les moyens et le

domaine, ne vont pas dans le sens d'une possibilité de formation et d'intégration dans l'économie.

Son rendement, évidemment très faible ne peut pas être évalué de façon réaliste, les travaux exécutés ne pouvant pas être utilisés comme référence.

En date du 4 septembre dernier, nous avons pris contact avec son médecin, le Dr S. _____ qui pense que son patient ne peut même pas travailler à 50% dans son état physique et psychique actuel.

Nous avons également contacté le Dr N. _____ pour de plus amples renseignements. Il en ressort que :

- L'hypothèse d'un taux de travail de 100% dans une activité sédentaire est uniquement en rapport avec son affection orthopédique et le médecin ne tient pas compte d'autres composantes associées.
- Ce médecin connaissant bien son patient, ajoute, toutefois, que dans l'économie actuelle, D. _____ n'a pas vraiment de possibilité, vu son état général, de trouver et d'exécuter un travail qui puisse satisfaire un employeur.
- Il pense qu'une expertise au COMAI et éventuellement un suivi sur le plan psychiatrique serait une bonne marche à suivre.

En ce qui nous concerne, notre mandat étant de déterminer si une intégration professionnelle est encore possible, nous ne pouvons que confirmer notre fax du 15 septembre, à savoir que D. _____ n'est pas plaçable actuellement et que tout projet est voué à l'échec. Ses difficultés physiques et psychiques lui enlevant toute efficacité professionnelle.

En date du 22 septembre, D. _____ est allé voir un spécialiste, le Dr Z. _____ chirurgien orthopédiste à Lausanne en ayant préalablement repris ses radiographies dans le service du Dr N. _____.

Suite à un entretien téléphonique avec ce médecin, il nous informe par fax, que suite à l'intervention chirurgicale effectuée par le Dr N. _____, une arthrose s'est installée, facteur de douleurs importantes. Il est évident que D. _____ ressent des douleurs difficiles à supporter en raison de la surcharge sur le MID pour protéger le gauche déjà douloureux. Ce médecin nous affirme que dans l'état actuel de son handicap, D. _____ ne peut pas travailler dans l'économie. Il serait important de prendre contact avec ce médecin pour un rapport d'expertise.

Suite au diagnostic du Dr Z. _____ et à l'arrêt médical indéterminé depuis le 29 septembre 2000 établi par son médecin traitant, D. _____ ne reprendra plus son stage dans notre centre.

Avec votre accord, nous mettons un terme au stage en date du 20 octobre 2000".

h) Dans un rapport intermédiaire du 6 novembre 2000 adressé à l'OAI, le Dr S. _____ a posé le diagnostic de nécrose idiopathique de la tête fémorale gauche et d'état après hémiprothèse de la hanche droite en 1997; il a relevé que l'état de santé s'était aggravé ces derniers mois et que l'évolution était défavorable; selon un rapport du Dr Z. _____ ci-joint, la hanche gauche nécessitait également un traitement chirurgical et un recyclage professionnel était donc à renvoyer à une date indéterminée. A ce rapport intermédiaire du 6 novembre 2000 était joint un rapport médical du 1^{er} novembre 2000 dans lequel le Dr M. _____ mentionnait la poursuite d'une incapacité de travail à 100% et le fait qu'une demande de prestations avait été déposée à l'AI, ainsi qu'un rapport médical adressé le 25 septembre 2000 au Dr S. _____ par le Dr Z. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, rapport dont la teneur était la suivante :

"Diagnostic: Nécrose idiopathique de la tête fémorale gauche; Etat après héli-prothèse de la hanche droite 1997.

Douleurs depuis 1995. Implantation d'une prothèse substituant la tête fémorale nécrotique droite en 1997. Actuellement le patient se plaint de douleurs dans la hanche droite notamment en position assise. Douleurs avec lâchage de la hanche gauche après 5 min. de marche.

Constatations: Déambulation sans boiterie sur une courte distance. Hanche d/g flex-extension 100-0-0°/90-0-10°, ab-adduction 30-0-15°/30-0-20°, rotation ext-int. 35-0-25°/ 30-0-20°. Longueur des MI =. Douleurs aux hanches à tout mouvement. Amyotrophie nette de la fesse et cuisse droite.

Radiographies (bassin ap. 29.9.97, 28.8.00): cf. diagnostics. La tête fémorale gauche est restée sphérique, l'interligne articulaire est normal, donc pas d'arthrose.

Appréciation: Un recyclage professionnel n'est pas indiqué autant que les traitements médicaux ne sont pas achevés. Une prothèse de la tête fémorale provoque une usure du cartilage du cotyle, c. à d. une arthrose cotyloïdienne. L'implantation d'une prothèse totale est alors indiquée, notamment pour des patients jeunes et actifs. Les douleurs en position assise sont probablement dues à un conflit du bord de la prothèse avec les parties molles antérieures. La hanche gauche nécessite également un traitement. Soit une résection de la nécrose et greffe d'os spongieux autologue par tunnélisation à partir de la limite col/tête et greffe d'os spongieux autologue (guérison 12-24 mois), soit implantation d'une PTH (guérison 6-12 mois) et implantation d'une cupule prothétique droite (guérison 4-6 mois).

Recyclage professionnel: A renvoyer à plus tard après traitement des 2 hanches".

i) Le 15 novembre 2000, le Dr J._____ a établi un nouveau rapport dans lequel il indiquait ce qui suit :

"Ayant vu cet assuré en audition et constaté son état (en particulier l'importante atrophie de la fesse dr, en grande partie responsable de l'impossibilité de rester assis), je conclus ceci:

- Les rapports du Dr N._____ sont à prendre avec circonspection: il ne mentionne pas cette atrophie ni les plaintes y relatives, dès lors son avis sur l'exigibilité d'une activité sédentaire est contestable. Je privilégie l'avis du Dr Z._____.

- De ce fait et indépendamment des facteurs non-AI (lenteur, malhabilité, volonté etc.), il n'est pas possible, avant une nouvelle opération, de formuler une exigibilité chez un assuré qui ne peut rester ni assis ni debout.

- Par conséquent, j'admets une impossibilité de travailler, et, partant, de se recycler, et ceci jusqu'à une nouvelle intervention.

-> Statuer sur cette cause. Révision 1 année: a-t-il été opéré?".

j) Par projet d'acceptation de rente du 22 février 2001, puis par décision formelle du 14 août 2001, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 1997.

B. a) Le 5 décembre 2006, la Dresse F._____ a établi un avis médical SMR dont la teneur était la suivante :

"2^e révision d'une rente entière octroyée dès le 1.8.1997 suite à sa demande de rente du 7.1.1997 à l'âge de 37 ans, divorcé-remarié, 4 enfants 1984 - 1996, concierge professionnel, en arrêt de travail dès le 25.3.1996. Des MOP ont été tentées, sans succès.

Au plan médical : nécrose aseptique de la tête fémorale G, status après arthroplastie céphalique bipolaire de la hanche D en avril 1997. Le médecin de l'Hôpital orthopédique jugeait la capacité de travail exigible entière dans une activité adaptée aux LF. Au moyen de l'avocat et du Dr Z._____ il a quand même obtenu une rente entière avec révision à 1 année. Lors de cette révision il a été constaté l'absence d'amélioration et la rente a été reconduite.

-> **examen orthopédique au SMR".**

b) Le 5 février 2007, le Dr W._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à un examen clinique orthopédique SMR de l'assuré. Dans son rapport d'examen clinique du 9 février 2007, ce praticien a notamment retenu ce qui suit :

"Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- Ostéonécrose aseptique des deux têtes fémorales, status après arthroplastie céphalique hanche D (M 87.0)
- Séquelles douloureuses d'une fracture intra-articulaire du calcanéum à G (D 93.9)

[...]

Appréciation du cas

Assuré de 47 ans, sans formation professionnelle particulière, ayant travaillé comme nettoyeur et manutentionnaire. Ne travaille plus depuis mars 1996, développe une nécrose aseptique idiopathique des deux têtes fémorales. En avril 1997, il bénéficie d'une arthroplastie céphalique de la hanche D. Les suites opératoires ont été marquées par la persistance de douleurs. Les douleurs de la hanche droite persistent. On est à bientôt 10 ans d'évolution de la nécrose aseptique. Aucun traitement spécifique n'a été fait au niveau de la hanche G. La dernière RX effectuée en 2005 montre l'absence d'effondrement de la tête fémorale et l'absence de troubles dégénératifs à G. A ce problème de hanches, s'ajoute une fracture du calcanéum à G qui est survenue en 2003, à la suite d'une chute lorsque l'assuré nettoyait le plafond de sa cuisine. Cette fracture évolue comme d'habitude, avec persistance de douleurs et tuméfaction de l'arrière-pied. L'articulation sous astragaliennne à G n'est plus mobile. Lors de l'examen SMR, l'assuré porte plusieurs taches de peinture blanche. Il nous explique qu'il est en train de peindre sa cuisine avec son fils.

Les limitations fonctionnelles : cet assuré peut exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il puisse alterner la position debout avec la position assise. Doit éviter le port de charges supérieur à 20 kg. De courts déplacements à plat sont possibles.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?
Depuis le 25.03.1996.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?
L'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle lucrative. Il bénéficie d'une rente AI à 100% à partir de août 1997.

Concernant la capacité de travail exigible, après avoir examiné attentivement l'assuré, nous sommes d'accord avec le Dr N. _____ qui considère que l'assuré est apte à travailler à 100% dans un travail adapté. Les séquelles de sa fracture du calcanéum G survenue en 1993 ne modifient pas la capacité de travail de cet assuré dans un travail sédentaire ou semi-sédentaire. Ce n'est que sa capacité de marcher en terrain irrégulier qui a été entamée par cette fracture.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 0% dans le métier de nettoyeur-concierge.
Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles: 100%.

Depuis le: 01.07.1997, c'est-à-dire trois mois après l'arthroplastie totale de la hanche D".

c) Le 17 juin 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision sur reconsidération supprimant la rente d'invalidité, auquel l'assuré s'est opposé par courrier des 1^{er} juillet et 19 août 2008, en contestant notamment que les conditions d'une reconsidération soient remplies.

d) Par décision du 4 novembre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision. Il a exposé que par décision du 14 août 2001, il avait accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 100%. Dans le cadre de la révision entreprise en octobre 2005, il a fait réaliser un examen clinique auprès du SMR. Il en ressort que sur le plan orthopédique, la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité adaptée depuis le 1^{er} juillet 1997, soit trois mois après l'arthroplastie totale de la hanche droite. La décision du 14 août 2001 était donc manifestement erronée, ce qui justifie une reconsidération (art. 53 LPGA). L'instruction médicale n'avait pas été menée avec le soin nécessaire dans la mesure où l'OAI n'avait pas procédé aux investigations médicales nécessaires pour trancher deux avis médicaux diamétralement opposés. Le revenu d'invalidité était de 57'830 fr. en 2005 (année d'ouverture du droit à la rente), soit 52'047 fr. 74 après un abattement de 10% pour les limitations fonctionnelles, et le revenu de valide de 61'100 fr., d'où un degré d'invalidité de 14%. Ce taux étant inférieur à 40%, le droit à la rente s'éteint et la rente sera supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

Dans une lettre d'accompagnement du 3 novembre 2008, l'OAI a répondu comme suit aux objections présentées par l'assuré à l'encontre du projet de décision du 17 juin 2008:

"Nous avons réexaminé votre dossier et maintenons notre position.

Force est de constater que l'avis du 11 janvier 2001 du Dr J. _____ était manifestement insuffisant pour trancher entre l'avis du Dr N. _____ et celui du Dr Z. _____.

En effet, le Dr J. _____ donne sa préférence à l'avis du Dr Z. _____ après vous avoir vu en entretien. Or, cet entretien a eu lieu en présence du conseiller en réadaptation afin de déterminer les suites à donner à votre dossier donc ne permettait nullement de tirer des conclusions médicales probantes sur votre état de santé. Le fait que le Dr N. _____ ne mentionnait pas une atrophie de la fesse droite, pourtant visible, n'est pas suffisant pour invalider son avis sur votre capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Force est de constater qu'une instruction médicale complémentaire sous forme d'expertise orthopédique était indispensable avant de statuer".

C. a) L'assuré recourt contre cette décision par acte du 8 décembre 2008, en faisant valoir en substance ce qui suit: La question litigieuse, au regard de l'art. 53 al. 2 LPGA, est de savoir si la décision du 14 août 2001 était "manifestement erronée". L'OAI soutient qu'il n'avait pas procédé aux investigations médicales nécessaires pour trancher deux avis médicaux diamétralement opposés, soit celui du Dr N. _____ et celui du Dr Z. _____. Or cette contradiction avait à l'époque été dûment investiguée par le médecin-conseil de l'OAI, le Dr J. _____, qui concluait en considérant qu'il y avait lieu de privilégier l'avis du Dr Z. _____. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, on ne peut procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Par conséquent, le recourant conclut avec suite de frais et dépens à l'annulation de la décision attaquée.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'assistance d'un avocat, avec effet au 12 décembre 2008.

b) Dans sa réponse du 27 janvier 2009, l'OAI fait valoir que l'entretien sur lequel se fondait le médecin du SMR pour admettre une incapacité totale de travail était en fait une audition et non un examen médical à proprement parler. On ne pouvait donc pas se passer d'une instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une expertise.

c) Dans sa réplique du 23 février 2009, le recourant procède à un rappel des faits relatifs à l'instruction menée par l'OAI jusqu'à la décision initiale d'octroi de rente du 14 août 2001. Selon le recourant, il en résulterait clairement que la décision prise à l'époque, aujourd'hui reconsidérée, l'a été sur la base d'un dossier comportant de nombreuses

pièces médicales évaluées de manière attentive par le médecin-conseil de l'assurance, de sorte qu'il ne saurait y avoir lieu à reconsidération.

d) Dans sa duplique du 18 mars 2009, l'OAI confirme ses conclusions tendant au rejet du recours.

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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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, 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 qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur

les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53; TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2).

b) En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'OAI était fondé à reconsidérer, par sa décision du 4 novembre 2008, sa décision antérieure du 14 août 2001 par laquelle il avait octroyé au recourant une rente entière d'invalidité.

3. a) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références citées; TF 9C_257/2008 du 29 juin 2009 consid. 2.2). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314; TF 9C_257/2008 du 29 juin 2009 consid. 2.2).

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée; en particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits; ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un

pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait ou de droit; s'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C_527/2008 du 29 juin 2009, consid. 2.2, 9C_71/2008 du 14 mars 2008, consid. 2, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2, I 907/06 du 7 mai 2007, consid. 3.2.1, I 338/06 du 30 janvier 2007, consid. 3, SVR 2009 UV n° 6 p. 21, U 5/07 consid. 5.3.1).

Selon la jurisprudence, une simple divergence d'appréciation entre deux experts qui s'expriment successivement sur le cas d'un assuré ne suffit pas pour faire apparaître une décision prise par l'administration comme entachée d'une inexactitude manifeste, propre à entraîner une reconsidération (RAMA 1998 n° K 990 p. 251, consid. 3b p. 253; TF, I 123/00 du 23 octobre 2000, consid. 2c). Il en va en revanche différemment lorsque les divergences entre deux rapports d'expertise portent sur la nature même des affections et non sur l'appréciation des conséquences de ces troubles sur la capacité de travail de l'assuré (TF, I 123/00 du 23 octobre 2000, consid. 2c).

b) En l'espèce, lorsqu'il a rendu sa décision initiale d'octroi de rente du 14 août 2001, l'OAI disposait de plusieurs avis médicaux dont les diagnostics étaient concordants, mais qui divergeaient sur l'appréciation des conséquences des troubles diagnostiqués sur la capacité de travail du recourant.

Ainsi, dans son rapport du 6 février 1997, le Dr N._____ - qui selon le site internet de la FMH (www.doctorfmh.ch) a obtenu son titre de spécialiste FMH de médecin praticien en 2005 - posait le diagnostic de nécrose aseptique des deux têtes fémorales et se référait alors à l'incapacité totale de travail fixée par le Dr S._____ (cf. lettre A.a supra). Dans son nouveau rapport médical établi le 26 mars 1999 à la demande de l'OAI, le Dr N._____ posait à nouveau le diagnostic de nécrose aseptique des deux têtes fémorales, auquel s'ajoutait désormais, après

l'opération, celui de status après arthroplastie céphalique bipolaire de la hanche droite; il décrivait les limitations fonctionnelles et estimait que dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail du recourant était d'au moins 50%, et ce dès la date du rapport (cf. lettre A.d supra). Enfin, dans un rapport du 12 avril 2000, le Dr N._____ évoquait désormais une capacité de travail exigible de 100% dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles (cf. lettre A.e supra).

Dans son rapport du 6 novembre 2000 adressé à l'OAI, le Dr S._____ posait le diagnostic de nécrose idiopathique de la tête fémorale gauche et d'état après hémiprothèse de la hanche droite en 1997; il précisait que l'état de santé s'était aggravé ces derniers mois et que l'évolution était défavorable, dès lors que selon un rapport médical que lui avait adressé le 25 septembre 2000 le Dr Z._____, la hanche gauche nécessitait également un traitement chirurgical (cf. lettre A.h supra). Dans son rapport du 25 septembre 2000, le Dr Z._____ posait le diagnostic de nécrose idiopathique de la tête fémorale gauche et d'état après hémiprothèse de la hanche droite 1997; il constatait notamment l'existence de douleurs aux hanches à tout mouvement et d'une amyotrophie nette de la fesse et cuisse droite; la hanche gauche nécessitait également un traitement - consistant soit en une résection de la nécrose et greffe d'os spongieux autologue par tunnélisation à partir de la limite col/tête et greffe d'os spongieux autologue (guérison 12-24 mois), soit en l'implantation d'une PTH (guérison 6-12 mois) et en l'implantation d'une cupule prothétique droite (guérison 4-6 mois) - et le recyclage professionnel devait être renvoyé à plus tard après traitement des 2 hanches (cf. lettre A.h supra).

La divergence d'appréciation entre le Dr N._____ d'une part et les Drs Z._____ et S._____ d'autre part quant à l'influence des troubles constatés sur la capacité de travail du recourant a fait l'objet d'un examen soigneux par le médecin-conseil de l'OAI, le Dr J._____. Dans son rapport du 15 novembre 2000 (cf. lettre A.i supra), ce praticien a exposé les raisons pour lesquelles il convenait de privilégier l'avis du Dr Z._____ - dont on rappelle qu'il est spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, alors

que le Dr N._____ n'avait à ce moment aucun titre de médecin spécialiste - quant à l'exigibilité dans une activité adaptée. Il a ainsi pu se fonder sur les constatations personnelles qu'il avait pu opérer lors d'une audition - même si ces constatations n'avaient pas procédé d'un examen clinique complet -, à savoir en particulier l'importante atrophie de la fesse droite, en grande partie responsable de l'impossibilité de rester assis, qui n'était pas mentionnée dans les rapports du Dr N._____ mais avait été dûment prise en compte par le Dr Z._____, et a conclu que de ce fait, il n'était pas possible, avant une nouvelle opération après laquelle une révision pourrait être instruite, de formuler une exigibilité chez un assuré qui ne pouvait rester ni assis ni debout. Cette appréciation est claire, convaincante et bien motivée, et l'on ne saurait affirmer, comme le fait l'OAI, que l'instruction médicale sur la base de laquelle une rente - dont la révision était prévue d'office - a été octroyée était incomplète. Il ne s'agissait que d'une divergence d'appréciation entre deux médecins sur l'exigibilité dans une activité adaptée, entre d'une part l'avis du Dr N._____, qui n'était pas motivé et a au demeurant fluctué au fil des rapports, et d'autre part l'avis d'un spécialiste, le Dr Z._____, qui était motivé et dont le Dr J._____ a expliqué de manière convaincante pourquoi il devait être privilégié.

c) Il résulte d'un avis juriste du 6 décembre 2007 au dossier que l'OAI s'est appuyé, pour justifier la reconsidération de sa décision du 14 août 2001, sur un arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 13 août 2003 (I 790/01). Dans cet arrêt, la Haute cour a admis une inexactitude manifeste, propre à entraîner une reconsidération, notamment - la décision initiale étant manifestement erronée à plusieurs égards - dans le fait que l'administration, confrontée à deux avis médicaux contradictoires dans la mesure où l'un des médecins en question avait expressément déclaré qu'il n'existait pas de syndrome cervical ou lombo-vertébral et qu'il n'était pas en mesure de confirmer le diagnostic somatique de sa consoeur, s'est contentée de statuer à la lumière de l'appréciation de cette praticienne, alors qu'il lui eût préalablement incombé d'élucider cette divergence (cf. art. 69 RAI) en ordonnant une expertise médicale (arrêt I 790/01 du 13 août 2003, consid. 3.1). Cette jurisprudence n'est

ainsi pas pertinente en l'espèce, puisque dans le cas présent, seule était en cause l'appréciation de la conséquence des troubles sur la capacité de travail, et non les diagnostics.

Enfin, on relève que le rapport d'examen clinique SMR établi le 9 février 2007 par le Dr W._____, sur lequel l'OAI se fonde pour justifier la reconsidération, rejoint les rapports précédents quant aux diagnostics posés à l'époque et ne fait pas apparaître l'appréciation retenue à l'époque sur la capacité de travail du recourant comme manifestement erronée, mais se contente de se déclarer "d'accord avec le Dr N._____ qui considère que l'assuré est apte à travailler à 100% dans un travail adapté" (cf. lettre B.b supra). Or comme on l'a vu (cf. consid. 3a supra), une simple divergence d'appréciation entre deux experts qui s'expriment successivement sur le cas d'un assuré ne suffit pas pour faire apparaître a posteriori une décision prise par l'administration comme entachée d'une inexactitude manifeste, propre à entraîner une reconsidération.

4. a) Il résulte de ce qui précède que c'est à tort que l'OAI a considéré que les conditions d'une reconsidération étaient réunies. Le recours, bien fondé, doit donc être admis et la décision de suppression de rente prise le 4 novembre 2008 par l'OAI doit être annulée.

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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquelles doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Selon l'art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2

décembre 2008 (RSV 173.36.5.2), les dépens comprennent des honoraires fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse. En l'espèce, il y a lieu de fixer ces dépens à 2'000 fr.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision de suppression de rente prise le 4 novembre 2008 par l'OAI est annulée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV.** Une indemnité de 2'000 fr., à verser à D. _____ à titre de dépens, est mise à la charge de l'OAI.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne (pour D. _____)
- 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).

Le greffier :

