

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 mars 2010

Présidence de M. DIND
Juges : MM. Bidiville et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

G. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. G._____, né en 1961, marié, sans formation, a travaillé comme aide installateur sanitaire pour le compte d' [...] SA, à Lausanne, depuis le mois d'août 1999. En arrêt de travail depuis le 25 octobre 2004, il a déposé, le 19 septembre 2006, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à un reclassement dans une nouvelle profession.

L'assuré est suivi par le Dr D._____, généraliste, qui a posé, dans un rapport du 26 décembre 2006, les diagnostics principaux d'état dépressif chronique et d'état de fatigue chronique avec lombalgies basses chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, douleurs musculaires diffuses, démangeaisons cutanées et déviation de la cloison nasale gauche avec obstruction nasale chronique, existant depuis 2003, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de rhinite allergique et toux chronique récidivante, de status après plusieurs accidents dans le passé occasionnant des contusions au sacrum (1990), des fractures du col péronier gauche (1991) et de la deuxième phalange du majeur gauche (2002), avec douleurs chroniques au sacrum, à la jambe gauche et au majeur gauche, de diabète type 2 non insulino-dépendant, de tabagisme chronique et de consommation OH épisodique. Selon le médecin traitant, ces affections entraînaient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'aide monteur sanitaire depuis le mois d'avril 2004, pour une durée indéterminée. Toutefois, une activité légère, sans manutention pénible, ni mouvement répétitif lombaire ou stress psychologique lui semblait envisageable, moyennant un stage d'observation.

Dans un rapport daté du 12 juillet 2007, la Dresse A._____ de l'association [...] a diagnostiqué un épisode dépressif moyen et un trouble douloureux somatoforme persistant existant depuis 2002, des allergies aux acariens, aux pollens et aux poussières du béton et de la ferraille depuis 2003, ainsi qu'un diabète non insulino-requérant depuis 2005. Elle observait une évolution lente et légèrement favorable, avec une

diminution de la symptomatologie dépressive et anxieuse, mais constatait que l'assuré se plaignait toujours de son irritabilité et de sa difficulté à contrôler son agressivité, ce qui le handicapait dans son fonctionnement social. Elle considérait par conséquent que la profession d'aide installateur sanitaire n'était plus exigible à compter du 1^{er} décembre 2004, mais que l'intéressé était à même d'exercer à mi-temps une activité légère en position assise et sans stress excessif, sans diminution de rendement.

Le 7 septembre 2007, la Dresse A. _____ a précisé qu'elle ne contrôlait pas la compliance médicamenteuse de son patient, bien qu'il lui ait fait part de sa réticence à l'égard d'un tel traitement, dès lors qu'elle estimait qu'un suivi psychothérapeutique de la dépression était suffisamment efficace. S'agissant de la dépendance à l'alcool, elle indiquait que l'utilisation était épisodique et que l'assuré avait de lui-même réduit sa consommation au début de l'année 2005, à l'annonce du diagnostic de diabète. Elle ajoutait à cet égard que l'intéressé suivait également des entretiens motivationnels et que les tests hépatiques étaient dans la norme.

La mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire a été confiée au Centre d'expertise Z. _____. Dans leur rapport du 11 février 2008, les Drs [...], [...] et [...], respectivement spécialistes FMH en rhumatologie, psychiatrie et psychothérapie et en médecine interne, sont arrivés à la conclusion que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte invalidante à sa santé, tant sur le plan somatique que psychiatrique, de sorte que sa capacité de travail demeurait entière dans toute activité. Ils relevaient en particulier une nette discordance entre les constatations objectives ostéo-articulaires et les plaintes émises par l'expertisé, étant d'avis que la capacité de travail ne s'en voyait pas affectée. Il en allait de même pour l'examen de médecine interne, les affections présentées étant décrites comme banales et n'entraînant aucune limitation, hormis un horaire si possible régulier en raison du diabète. D'un point de vue psychique, le rapport d'expertise exposait en particulier ce qui suit :

« il n'y a pas de pathologie à relever jusqu'aux environs de 2003-2004. Le côté plaignant est bien présent depuis ses accidents en 1990, dont les

séquelles somatiques n'expliqueraient pas à elles seules de telles attitudes algiques.

En 2004 le diagnostic de dépression majeure est posé par le Dr C. _____ du Département [...] à Lausanne. Ce diagnostic sera confirmé en 2007. M. G. _____ nécessite un suivi psychiatrique en place depuis 2004.

En conclusion, cet homme a une existence sans élément particulier à signaler jusqu'à ses études gymnasiales, moment à partir duquel plusieurs ruptures significatives vont l'affecter.

D'abord et dans l'ordre chronologique le service militaire qui le prive de la possibilité de terminer ses études. Puis les décès successifs de sa première fiancée, d'un oncle et de son cousin tués dans leur voiture, décès de son unique demi-frère et mort violente de son père tué par balle. Il doit aussi rompre avec son pays pour demander l'asile politique en Suisse. Viennent ensuite les différents accidents dont il est victime en 1990, 1991, 1992 et 1998.

Un état dépressif est diagnostiqué depuis 2004 et traité. L'expertisé se montre incapable de travailler depuis avril 2004. Les psychiatres (Dr C. _____) parlent d'un épisode dépressif moyen en 2004 et, en 2007, la Dresse A. _____ l'associe au syndrome douloureux somatoforme persistant avec une discrète amélioration de l'état dépressif. Dans le cas de M. G. _____, nous n'avons pas mis en évidence de détresse secondaire à la douleur [mais dans le questionnaire d'autoévaluation elle est très importante]. Son état dépressif se serait plutôt développé dans les suites des différentes ruptures douloureuses mentionnées plus haut.

Si l'on ajoute à cela que l'expertisé ne prend ses antidépresseurs qu'occasionnellement, on peut supposer qu'il existe encore une marge d'amélioration possible. On ne peut dès lors pas parler d'un état psychique cristallisé, ni d'un échec de tous les traitements entrepris et suivis dans les règles. Les thérapeutes devront insister une nouvelle fois sur l'importance d'une médication quotidienne et procéder, si nécessaire, aux dosages sanguins de l'antidépresseur.

Actuellement, l'épisode dépressif est toujours d'intensité moyenne. Mais dans le cas d'une meilleure compliance médicamenteuse, l'exigibilité deviendrait de 100%.

Comme réserve à notre pronostic, nous devons insister sur les difficultés qu'a cet expertisé à résoudre ses conflits intrapsychiques et la fuite répétée dans les somatisations après chaque accident. La motivation à une réadaptation professionnelle lui fait défaut. Il est désinséré du circuit professionnel depuis plus de trois ans.

Au vu de ce qui précède, nous posons le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique accompagné.

La capacité de travail actuelle est entière, un épisode moyen ne justifie pas nécessairement une incapacité de travail, surtout lorsque la compliance médicamenteuse n'est pas bonne. A ce propos, on relèvera que l'épouse de l'assuré doute elle-même de la compliance de son mari, ce que [le] Dr C. _____ mentionne dans son rapport du 1.12.2004.

On est également frappé que l'assuré indique des douleurs permanentes, il évalue à 8/10 l'EVA l'intensité des douleurs de la semaine précédente, alors qu'il ne semble pas prendre régulièrement des antalgiques ».

Sur la base de cette expertise, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a rendu, le 5 septembre 2008, un projet de décision niant le droit de l'assuré à des prestations de l'AI, considérant que ce dernier ne présentait aucune atteinte à sa santé ayant une quelconque répercussion sur sa capacité de travail en tant qu'aide installateur sanitaire.

L'assuré a contesté ce projet par courrier du 5 octobre 2008, déplorant le fait que l'expertise du Centre d'expertise Z._____ ne conçoive pas ses douleurs comme résultant d'atteintes somatiques objectivables. Il faisait valoir à cet égard que ses maux étaient la conséquence de plusieurs accidents de travail et qu'une procédure était pendante devant son assureur-accidents, afin de réétudier la situation. S'agissant de son état de santé psychique, l'intéressé exposait que quand bien même l'arrêt de travail prescrit par son médecin traitant avait permis un relâchement de la pression et la prise de médicaments avait évité qu'il n'accomplisse un acte irréversible, ceux-ci l'avaient plongé dans un état de somnolence et de passivité insupportable après quelques mois, raison pour laquelle il ne prenait désormais ses médicaments que lorsqu'il ne parvenait pas à ménager ses angoisses d'une autre manière. Il reprochait en outre à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des réserves émises par le Centre d'expertise Z._____ au sujet de son pronostic et concluait enfin que c'était bel et bien son état de santé physique et psychique qui l'empêchait de reprendre une activité professionnelle.

Par décision du 9 décembre 2008, l'OAI a confirmé son refus de prestations de l'AI, estimant que compte tenu des renseignements médicaux obtenus, l'assuré ne présentait aucune atteinte à sa santé justifiant une incapacité de travail dans son activité professionnelle habituelle.

B. G._____ a recouru contre cette décision le 9 janvier 2009, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. A l'appui de son recours, il fait valoir les mêmes arguments que ceux développés dans son opposition du 5 octobre 2008 et produit un certificat médical du Dr D._____ du 16 décembre 2008, dans lequel le médecin traitant atteste que son patient « est fortement handicapé par tous ses problèmes médicaux et ne peut plus exercer son métier d'aide monteur sanitaire depuis avril 2004 » et que « malgré le traitement médical et le suivi régulier sur le plan psychique et sur le plan métabolique, son état clinique ne s'améliore guère ».

Dans sa réponse du 18 mars 2009, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. **a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile, abstraction faite même des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. a) Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité du recourant et de son éventuel droit à une rente AI.

Le recourant soutient que ses problèmes chroniques de santé physiques et psychiques excluent toute reprise d'activité professionnelle, de sorte que le droit à une rente entière d'invalidité doit lui être reconnu.

L'OAI privilégie pour sa part l'avis du Centre d'expertise Z._____, selon lequel l'assuré ne souffre d'aucune atteinte invalidante à sa santé, le droit aux prestations de l'AI devant par conséquent lui être nié.

b) Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

En vertu de l'art. 7 LPGA, 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.

D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

c) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide

à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

d) Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens des normes en vigueur, il faut mentionner - outre les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Pour déterminer si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 ; TF 9C_499/2009 du 16 décembre 2009, consid. 4.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif

majeur. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence ; TF 9C_310/2008 du 12 février 2009, consid. 2.1).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

e) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2).

3. a) En l'espèce, les avis médicaux divergent quant à la question de savoir si le recourant est encore à même, compte tenu de ses problèmes de santé, d'exercer son activité habituelle d'aide installateur sanitaire. La décision litigieuse fait siennes les conclusions de l'expertise du Centre d'expertise Z._____, qui parvient à la conclusion que les affections présentées par l'assuré ne limitent pas sa capacité de travail. Cette appréciation s'oppose toutefois à celle du Dr D._____ et de la Dresse A._____, qui s'accordent à penser qu'une telle activité n'est plus exigible de la part de leur patient, mais qu'une activité légère adaptée reste envisageable.

b) D'un point de vue somatique, les experts du Centre d'expertise Z._____ relèvent que l'examen clinique ostéo-articulaire est pauvre et que les radiographies du genou gauche, de la colonne lombaire, du bassin et du pied gauche, effectuées le jour de l'expertise, se révèlent normales et ne permettent pas d'expliquer objectivement les plaintes du recourant. Ils s'étonnent à cet égard du fait que ce dernier mentionne des douleurs permanentes, d'une intensité de 8/10, sans pourtant prendre régulièrement des antalgiques. Ils observent en outre que les affections présentées sur le plan de la médecine interne sont banales et n'entraînent aucune limitation. Le Dr D._____ décrit quant à lui un état de fatigue chronique global, avec des lombalgies et des douleurs musculaires diffuses, associées à des démangeaisons et à une obstruction nasale chronique. Toutefois, il n'expose pas en quoi cette affection empêcherait son patient d'exercer son ancienne profession, se limitant à suggérer l'exercice d'une activité plus légère. Dès lors, son avis ne saurait supplanter celui des experts du Centre d'expertise Z._____, qui repose sur des examens complets et circonstanciés de l'ensemble des documents médicaux versés au dossier, tient compte des antécédents de l'intéressé et des plaintes émises par celui-ci, et dont les conclusions, dûment motivées, sont claires et convaincantes, de sorte qu'il y a lieu de lui reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence exposée ci-dessus. De surcroît, il sied de rappeler ici que les conclusions des médecins traitant doivent être admises avec réserve, compte tenu de leur propension naturelle à se prononcer en faveur de leur patient (cf. supra, consid. 2e).

Cela étant, c'est à juste titre que l'OAI a retenu une pleine capacité de travail sur le plan somatique dans l'activité habituelle d'aide installateur sanitaire.

c) Sur le plan psychique, la symptomatologie dépressive remonte à l'année 2004, où le Dr C._____ pose le diagnostic de trouble dépressif majeur, épisode actuel moyen, et où le recourant entame alors un suivi psychiatrique. Ce diagnostic est confirmé en 2007 par la Dresse

A. _____, qui retient un épisode dépressif moyen, ainsi qu'un trouble douloureux somatoforme persistant. Selon elle, l'incapacité de travail qui en découle est totale dans l'activité habituelle d'aide installateur sanitaire dès le mois de décembre 2004, dans la mesure où l'assuré « n'arrive pas à se concentrer sur son travail, a la tête ailleurs, est toujours fatigué, impatient, irritable, agressif avec ses collègues ou ses clients ». Or, il appert que ces limitations reposent davantage sur les plaintes de l'intéressé que sur des constatations objectives et que la Dresse A. _____ n'explique pas pourquoi elles entraveraient si sévèrement la capacité de travail. En outre, la description d'un poste adapté à l'état de santé de son patient (en position assise, pas trop stressant, évitant un travail trop lourd physiquement) résulte principalement de préoccupations d'ordre somatique. Cela étant, le trouble dépressif, qualifié de moyen depuis 2004, n'a connu aucune aggravation, la Dresse A. _____ constatant même une évolution lente, mais légèrement favorable, avec une diminution de la symptomatologie dépressive et anxieuse. Enfin, la mauvaise compliance médicamenteuse du recourant est notoire, celui-ci ne prenant ses antidépresseurs que de manière aléatoire, selon son humeur. Cette constatation conduit naturellement les experts du Centre d'expertise Z. _____ à considérer qu'il existe encore une certaine marge d'amélioration et que moyennant une médication quotidienne, la capacité de travail exigible doit être considérée comme entière. Par conséquent, il n'est pas possible de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une importance telle qu'elle ne permettrait pas à l'intéressé de surmonter ses troubles par un effort de volonté raisonnablement exigible.

Pour ces mêmes raisons, il n'y a pas lieu de retenir un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, ni des affections corporelles chroniques, un état psychique cristallisé, ou l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Une vie sociale restreinte et les difficultés rencontrées par l'assuré pour résoudre ses conflits intrapsychiques ne suffisent pas à eux seuls à l'empêcher de poursuivre son activité professionnelle. Ces éléments, auxquels s'ajoute la nette discordance observée par les experts entre les constatations

objectives et les douleurs décrites par l'intéressé, permettent de conclure à l'absence d'atteinte significative à la santé psychique.

d) En définitive, force est donc de constater, comme le fait la décision litigieuse, que le recourant ne souffre d'aucune atteinte invalidante à sa santé, tant sur le plan somatique que psychique, de sorte que sa capacité de gain n'en est pas affectée. Par conséquent, le droit à une rente d'invalidité ne lui est pas ouvert.

4. Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 250 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 9 décembre 2008 est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge de G._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- G. _____
- 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 :