

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> juillet 2010

---

Présidence de       Mme    LANZ PLEINES  
Juges     :       MM. Dind et Perdrix, assesseur  
Greffier        :       M. Simon

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à Montreux, recourant,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 17 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** K. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le 18 mars 1948, serveur de profession, travaillait depuis août 1988 en qualité de représentant/chauffeur-livreur pour S. \_\_\_\_\_ SA, grossiste en produits carnés comestibles.

Le 27 juillet 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) tendant à l'octroi d'orientation professionnelle, de reclassement dans une nouvelle profession, de rééducation dans la même profession et d'une rente.

L'OAI a demandé des renseignements à l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'assuré, qui a produit plusieurs rapports médicaux. Il en ressort notamment, dans un rapport du 12 janvier 2006 du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à Clarens, que l'intéressé présentait le diagnostic de coxarthrose gauche et qu'il avait subi le 12 janvier 2006 une intervention consistant en une arthroplastie totale de la hanche gauche.

Dans un questionnaire pour l'employeur du 25 août 2006, remis à l'OAI, S. \_\_\_\_\_ SA a indiqué que, dans son activité habituelle, l'assuré devait porter des charges de 25 kilos 80 fois par jour et que son travail s'effectuait à raison de 60 % assis, 20 % debout et 20 % en marchant.

L'OAI a requis l'avis du Dr V. \_\_\_\_\_, médecine interne FMH à Berne et médecin traitant de l'assuré. En date du 17 octobre 2006, ce praticien a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de status après arthroplastie totale de la hanche gauche et de syndrome lombo-spondylogène intermittent ("Intermitt. lumbospondyloges Syndrom bei degenerativen Veränderung der LWS") et retenu une incapacité de travail de 100 % du 22 juillet 2005 au 30 septembre 2006 et de 50 % du 2

octobre 2006 pour une durée indéterminée. Dans l'annexe au rapport médical du 16 octobre 2006, il a indiqué que l'activité exercée jusqu'à maintenant était exigible à raison de 4h par jour, sans diminution de rendement, et qu'une autre activité, en l'occurrence légère, était exigible à raison de 4h à 6h par jour, éventuellement sans diminution de rendement. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a également décrit les limitations fonctionnelles dans un rapport du 16 octobre 2006, indiquant une capacité de travail de 50 % depuis juin 2005 dans l'activité habituelle. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a également déposé, en particulier, un rapport du 18 juillet 2005 du Dr P.\_\_\_\_\_, du centre de radiologie de la clinique Sonnenhof à Berne, attestant d'une IRM lombaire effectuée le 18 juillet 2005.

Dans un rapport du 25 janvier 2007, produit à la demande de l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de status post-arthroplastie totale de la hanche gauche le 12 janvier 2006 et d'inégalité des membres inférieurs (10 mm) connue antérieure à l'opération. Il a retenu une incapacité de travail de 50 % depuis juin 2005, de 100 % depuis janvier 2006 et de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2006. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a également retenu ce qui suit:

"Patient connu pour ancienne inégalité de longueur des membres inférieurs de 10 mm, qui a bénéficié d'une arthroplastie totale de la hanche G en janvier 2006 avec une évolution favorable, mais persistance encore de quelques douleurs en fin de journée ou lors de la position debout prolongée.

Le patient a repris ses activités professionnelles en tant que chauffeur-livreur à 50% depuis septembre 2006 mais également sous forme de travail adapté sous-entendant que le patient travaille comme chauffeur et n'est pas astreint à décharger et charger des camions.

Dans ces conditions, le travail adapté, en accord avec son employeur d'une activité à 50% est tout à fait exigible et ceci à longue échéance. Une augmentation de cette activité professionnelle ne me paraît pas exigible".

Le 3 août 2007, S.\_\_\_\_\_ SA a informé l'assuré que son droit aux prestations maximales d'assurances serait atteint au 20 juillet 2007 et que des indemnités journalières ne pouvaient plus lui être versées dès le 21 juillet 2007. L'incapacité de travail de l'intéressé a été décrite à 50 %

du 21 juillet 2005 au 31 décembre 2005, à 100 % du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 1<sup>er</sup> octobre 2006 et à 50 % du 2 octobre 2006 au 20 juillet 2007.

Par courrier du 6 septembre 2007 adressé à l'OAI, le Dr V.\_\_\_\_\_ a relevé que l'état de santé de son patient s'était détérioré depuis l'été 2007, avec des douleurs à la jambe droite, pouvant causer des difficultés quant à l'exercice de l'activité professionnelle; il a retenu une incapacité de travail de 50 %. Il a déposé un rapport du 10 août 2007 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie à Berne, attestant d'une IRM du genou droit effectuée le 10 août 2007.

Le 20 novembre 2007, l'OAI a demandé au Dr C.\_\_\_\_\_ d'indiquer la capacité de travail de l'assuré dans une activité totalement adaptée de type sédentaire; ce praticien a répondu qu'elle était de 50 %. Par courrier du 7 janvier 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_, chirurgien FMH au Service médical régional AI (ci-après: SMR), a requis des renseignements complémentaires de la part du Dr C.\_\_\_\_\_. Le 19 février 2008, ce médecin a précisé qu'il estimait à 50 % l'exigibilité médico-technique, dans une activité sédentaire légère adaptée depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2007.

Sur proposition du Dr H.\_\_\_\_\_, l'assuré a été soumis à un examen clinique orthopédique, qui a été effectué le 9 mai 2008 par le Dr X.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et traumatologique FMH au SMR. Dans son rapport du 14 mai 2008, ce dernier a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de coxarthrose bilatérale primaire, de status après arthroplastie totale de la hanche gauche, atteinte sensitive du nerf fémoro-cutané gauche et de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs. Il a retenu une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée depuis le 22 juillet 2005. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit dans l'appréciation du cas:

"Assuré de 60 ans, ayant travaillé comme chauffeur-livreur. Développe en 2005 des douleurs sur une coxarthrose à G. En janvier 2006, bénéficie d'une arthroplastie totale de la hanche G. Les suites opératoires ont été marquées par une atteinte du nerf fémoro-cutané de la cuisse G.

Depuis 2007, apparition de douleurs en regard de la hanche D. Les examens radiologiques ont mis en évidence une coxarthrose débutante avec une atteinte dégénérative du labrum. Par ailleurs, l'assuré souffre depuis une quinzaine d'années de douleurs lombaires sur des troubles dégénératifs modérés sans hernie discale. L'assuré a repris son travail habituel à 50% neuf mois après son intervention chirurgicale. Ce travail de chauffeur-livreur n'est pas adapté aux limitations fonctionnelles car l'assuré doit décharger et charger son camion, porter des charges à répétition allant jusqu'à 500 kg de viande par jour.

### **Les limitations fonctionnelles**

L'assuré peut exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire. Doit éviter le port de charges supérieures à 15 kg. De courts déplacements à plat sont possibles. Doit éviter de travailler penché en avant ou en porte-à-faux.

### **Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?**

Arrêt de travail à 50% depuis le 21.07.05.

### **Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?**

Arrêt de travail à 100% du 01.01.06 au 01.02.06. Reprise à 50% à partir du 02.10.07.

### **Concernant la capacité de travail exigible,**

Comme il a été dit précédemment, le métier actuel de l'assuré ne respecte pas les limitations fonctionnelles. Nous considérons que dans ce métier inadapté, sa capacité de travail n'est pas supérieure à 50%. Dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail de l'assuré est complète".

En date du 22 mai 2008, le Dr H. \_\_\_\_\_ a relevé l'atteinte principale à la santé de coxarthrose bilatérale primaire et les pathologies influençant les mesures professionnelles de status après PTH gauche et de lombalgies chroniques. Il a retenu une incapacité de travail durable dès le 21 juillet 2005, de 50 % du 21 juillet 2005 au 31 décembre 2005 puis de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, ainsi qu'une capacité de travail exigible de 0 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles ont été décrites comme suit: activité sédentaire ou semi-sédentaire, pas de port de charge de plus de 15 kilos, pas de travail penché ou en porte-à-faux du tronc, courts déplacements possibles. Le début de l'aptitude à la réadaptation a été fixé dès le 2 octobre 2006. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a en outre indiqué ce qui suit:

"Cet assuré de 60 ans, chauffeur-livreur pour un boucher grossiste, dépose une demande de rente le 27.8.2006 au décours d'une arthroplastie de la hanche.

Il présente en effet une coxarthrose primaire bilatérale prédominant à gauche depuis 2005. En janvier 2006, il bénéficie d'une prothèse de hanche gauche, avec une atteinte iatrogène du nerf fémoro-cutané.

Depuis 2007, il se plaint de douleurs de la hanche droite imputables à une coxarthrose débutante A cela s'ajoutent des lombalgies sur troubles dégénératifs modérés.

Le rapport employeur fait état d'incapacités de travail depuis le 21.7.2005. L'assuré a repris son activité à 50% le 2.10.2008.

Nous l'avons convoqué au SMR pour un examen orthopédique. De toute évidence, l'activité actuelle, qui implique de porter des charges à répétition, ne peut plus être exercée. Si l'on s'en tient au descriptif figurant sur le rapport employeur (charges de 25 kg 80x/jour), l'assuré travaille au-dessus de ses forces. C'est pour cette raison que je m'écarte des conclusions du Dr X.\_\_\_\_\_.

Il est établi qu'une activité adaptée est pleinement exigible depuis le 2.10.2006".

Le 18 août 2008, l'assuré a été convoqué pour un entretien avec une collaboratrice de l'OAI. Dans un rapport du 19 août 2008, celle-ci a indiqué que l'assuré ne se voyait pas reprendre une activité à 100 % quelle que soit l'activité et que, pour l'heure, il travaillait toujours chez son employeur S.\_\_\_\_\_ SA à 50 % depuis 2006. Il a été relevé que des mesures professionnelles et une aide au placement n'étaient pas indiquées.

Dans un projet d'acceptation de rente du 21 août 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 31 janvier 2007, soit après trois mois d'amélioration depuis le 2 octobre 2006. L'OAI a retenu que l'assuré présentait dès le 21 juillet 2005 une capacité de travail considérablement réduite et, dès le 2 octobre 2006, une capacité de travail exigible de 100 %. L'OAI s'est par ailleurs déclaré disposé à envisager la mise en place d'une aide au placement, sur demande de l'assuré et si celui-ci fût prêt de mettre en valeur sa capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée.

**B.** Le 22 septembre 2008, l'assuré a demandé à l'OAI de réexaminer son dossier en requérant des informations complémentaires de la part du Dr C.\_\_\_\_\_, afin de lui accorder une demi-rente d'invalidité. Se fondant sur l'avis des Drs V.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ tout en relevant les contradictions entre l'anamnèse et les conclusions du rapport du Dr X.\_\_\_\_\_, il a soutenu en substance qu'il présentait une capacité de travail de 50 %.

Par courrier du 16 septembre 2008 adressé à l'OAI, le Dr V.\_\_\_\_\_ a retenu en substance que son patient souffrait de plusieurs douleurs et limitations fonctionnelles depuis son opération du 12 janvier 2006, qu'il éprouverait des difficultés à retrouver une activité adaptée à ses problèmes de santé ainsi qu'à sa situation personnelle et que son incapacité de travail était de 50 %.

Dans un avis médical du 10 novembre 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_, du SMR, a indiqué que les remarques du Dr V.\_\_\_\_\_ avaient été prises en compte par le Dr X.\_\_\_\_\_, dont l'avis était déterminant. Il a ajouté que l'activité auprès de S.\_\_\_\_\_ SA implique de soulever et de porter des charges de 25 kilos 80 fois par jour, même à mi-temps, de sorte qu'il s'agit manifestement d'une activité inadaptée pour l'assuré. Le Dr H.\_\_\_\_\_ en a conclu qu'il n'y avait pas de raison de modifier sa position.

Le 13 novembre 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait maintenir son projet d'acceptation de rente du 21 août 2008, se référant à ses précédents arguments et, en substance, à l'avis précité du Dr H.\_\_\_\_\_. Le 24 novembre 2008, l'assuré a réitéré et développé ses arguments. Par courrier du 8 décembre 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il maintenait sa position.

Par décision du 9 décembre 2008, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 31 janvier 2007, soit après trois mois d'amélioration depuis le 2 octobre 2006. L'OAI a retenu que l'assuré présentait dès le 21 juillet 2005 une capacité de travail

considérablement réduite et, dès le 2 octobre 2006, une capacité de travail exigible de 100 %. Il a ensuite retenu que l'assuré aurait pu prétendre en 2006 à un revenu sans invalidité de 69'051 fr. dans son activité habituelle de représentant/chauffeur-livreur. Se fondant sur l'enquête suisse sur la structure des salaires dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé et en tenant compte d'un abattement de 15 %, l'OAI a retenu un revenu d'invalidité de 50'317 fr., mettant en évidence un degré d'invalidité de 27.13 %. Il a pour le surplus repris ses précédents arguments.

**C.** Par acte du 12 janvier 2009, K.\_\_\_\_\_ fait recours contre cette décision et conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2007. Se référant aux rapports des Drs C.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, il soutient ne pas pouvoir travailler même dans une activité adaptée à plus de 50 %.

Dans sa réponse du 16 mars 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. Relevant que les arguments du recourant, qui se fonde sur l'avis des Drs V.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, ne sont pas de nature à remettre en cause sa position, l'OAI fait valoir qu'il n'a aucune raison de s'écarter de l'appréciation du SMR, dans la mesure où celui-ci conclut à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Par réplique du 30 avril 2009, le recourant maintient sa position, requiert l'audition de son médecin traitant et des médecins qui l'ont opéré, sollicite un nouvel examen médical par un médecin neutre parlant l'allemand et indépendant de l'AI. Le 23 juin 2009, il demande la mise en œuvre d'une expertise médicale neutre.

Postérieurement au dépôt de son recours, l'assuré dépose une attestation du Dr V.\_\_\_\_\_ du 3 mars 2009, deux rapports des 4 février 2009 et 18 juin 2009 des Drs B.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, du centre de traitement de la douleur de l'Hôpital de l'île à Berne, ainsi qu'un rapport du 9 septembre 2009 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie

orthopédique à Berne, confirmant en substance les problèmes de santé du recourant et les diagnostics précités.

Ces rapports ont été soumis au SMR. Le 8 mai 2009, le Dr H.\_\_\_\_\_ relève que l'avis des Drs B.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ a été sollicité par le médecin traitant, que leur rapport a uniquement un intérêt thérapeutique, que les diagnostics mentionnés sont tous connus et ont été pris en compte par le SMR, que les praticiens précités ne se prononcent pas sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail, de sorte qu'il n'y a pas lieu de modifier la position du SMR.

Les 26 mai, 5 août et 20 novembre 2009, l'OAI maintient sa position, se référant à l'avis du SMR et faisant valoir que les pièces présentées par le recourant n'apportent pas d'éléments nouveaux.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, 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. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, le 12 janvier 2009, contre la décision du 9 décembre 2008 de l'OAI auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est donc recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier

2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal cantonal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente et s'il est de 50 % au moins à une demi-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; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 350, consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités).

**c)** Selon la jurisprudence, la décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343; 125 V 413 consid. 2d et les références citées). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 112 V 371 consid. 2b).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; 125 V 368 consid. 2; TF 8C\_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2; TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

En cas de rente limitée dans le temps, la date de la modification (augmentation, diminution ou suppression de la rente) est déterminée conformément à l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201; TF I 581/06 du 25 mai 2007 consid. 4 et la référence citée). Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon la jurisprudence, l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause. Cette principe est en particulier applicable en cas de rente limitée dans le temps (ATF 125 V 415 consid. 2; VSI 2001 p. 156 consid. 1; TFA I 437/04 du 23 juin 2005 consid. 3.1).

**3. a)** En l'espèce, dans la décision attaquée, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 31 janvier 2007, soit pour une durée limitée dans le temps. Pour sa part, le recourant conclut à l'octroi d'une demi-rente pour la période au-delà du 31 janvier 2007.

**b)** Au vu du dossier, le recourant fait état de plusieurs problèmes de santé depuis son opération d'arthroplastie totale de la hanche gauche le 12 janvier 2006; il présente notamment les diagnostics de coxarthrose bilatérale primaire, de status après arthroplastie, de coxarthrose débutante à droite et de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, ainsi que l'ont retenu les Drs X.\_\_\_\_\_ (14.05.2005) et V.\_\_\_\_\_ (17.10.2006). Ces diagnostics ne sont pas contestés et correspondent également aux autres pièces du dossier, notamment aux rapports déposés par le recourant.

**c)** Dans la décision du 9 décembre 2008, l'OAI a retenu que, dans une activité adaptée, le recourant présentait une capacité de travail exigible de 100 % dès le 2 octobre 2006. Dans son rapport du 22 mai 2008, s'agissant de la capacité de travail, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué que le début de l'aptitude à la réadaptation avait été fixé dès le 2 octobre 2006. Il a également relevé que l'assuré avait repris son activité à 50 % le 2 octobre 2006, précisant qu'il était établi qu'une activité adaptée était pleinement exigible depuis cette date. Pour sa part, dans son rapport du 14 mai 2008, le Dr X.\_\_\_\_\_ a également mentionné que l'assuré avait repris son travail "à 50 % à partir du 02.10.07" (recte: 02.10.06). Cette date est corroborée par la lettre du 3 août 2007 adressée à l'assuré par S.\_\_\_\_\_ SA, par laquelle cette entreprise a notamment décrit une incapacité de travail à 50 % du 2 octobre 2006 au 20 juillet 2007. Dès lors, le recourant ayant repris son activité professionnelle, on retiendra qu'il y a eu un changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente. Il y a donc eu modification de l'état de santé du recourant, respectivement de sa capacité de travail.

**d)** S'agissant des avis médicaux dont se prévaut le recourant, le Dr V.\_\_\_\_\_ a d'abord indiqué que son patient pouvait exercer une activité légère à raison de 4 à 6 heures par jour, éventuellement sans diminution de rendement (rapport du 16.10.2006). En date du 16 septembre 2008, il a certes évoqué des difficultés pour l'assuré liées à la reprise d'une activité adaptée, mais les considérations de ce praticien sur

l'âge de l'intéressé, ses connaissances linguistiques et ses origines étrangères sortent du domaine médical, ainsi que l'a relevé le Dr H.\_\_\_\_\_ (10.11.2008), et n'ont donc pas d'influence quant à la capacité de gain (TF 9C\_45/2007 du 25 septembre 2007 consid. 5.2.1; TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Les constatations du Dr V.\_\_\_\_\_, de même que ses motivations, sont du reste peu étoffées et manquent quelque peu de précision, au regard notamment de l'examen du Dr X.\_\_\_\_\_. L'avis du Dr V.\_\_\_\_\_ est notamment contradictoire, dès lors qu'il a en premier lieu admis une capacité de travail dans une activité légère à raison de 4 à 6 heures par jour, avant semble-t-il d'écarter la possibilité pour l'assuré d'exercer une activité adaptée à un taux supérieur à 50 %, sans donner d'explications au sujet de cette différence d'appréciation.

S'agissant du Dr C.\_\_\_\_\_, on relèvera que dans son rapport du 25 janvier 2007, ce praticien ne se prononce pas sur la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée, mais uniquement dans son activité habituelle auprès de son employeur. S'il a ensuite, sur demande de l'OAI le 20 novembre 2007 ainsi que le 19 février 2008, estimé à 50 % la capacité de travail de l'assuré dans une activité sédentaire légère, force est de constater que son avis sur ce point est dénué de motivation et d'explications circonstanciées. On peine ainsi à comprendre les raisons pour lesquelles l'assuré serait, de l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_, capable d'exercer à 50 % une activité physique relativement lourde, tout en étant aménagée, alors qu'il serait incapable d'exercer une activité sédentaire légère à un taux d'occupation supérieur. Au demeurant, en tant que médecins traitants de l'assuré, on ajoutera que les avis des Drs V.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ doivent être appréciés avec les réserves d'usage.

Pour le surplus, les pièces médicales déposées par l'assuré après le dépôt du recours, dans la mesure où elles se réfèrent à la situation de fait postérieure à la décision du 9 décembre 2008, n'ont pas à être prises en compte dans la présente procédure, dès lors que le juge n'a pas à prendre en considération les éventuelles modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 129

V 1 consid. 1.2 et les arrêts cités; TF 9C\_561/2009 du 14 janvier 2010 consid. 3). Par ailleurs, les Drs B.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ (04.02.2009 et 18.06.2009) se prononcent sur des indications thérapeutiques, comme l'a relevé le Dr H.\_\_\_\_\_ (08.05.2009) et ne font pas référence à la capacité de travail de l'assuré. Il en va de même de l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ (09.11.2009). Les diagnostics retenus par ces médecins sont du reste les mêmes que ceux mentionnés par le Dr X.\_\_\_\_\_ suite à son examen effectué le 9 mai 2008.

**e)** Dès lors, compte tenu du fait que le recourant a repris son activité professionnelle le 2 octobre 2006 et en l'absence d'éléments médicaux probants ordonnant une solution contraire, c'est à juste titre que l'OAI a considéré que l'état de santé du recourant s'était amélioré depuis cette date. On suivra donc les conclusions du Dr H.\_\_\_\_\_, qui retient qu'une activité adaptée est pleinement exigible depuis le 2 octobre 2006 (22.05.2008).

Le calcul de comparaison des revenus effectué par l'OAI, qui n'est pas contesté par le recourant, correspond aux pièces versées au dossier s'agissant du revenu sans invalidité ainsi qu'aux critères admis par la jurisprudence pour la détermination du revenu d'invalidité; le taux d'abattement de 15 % du revenu d'invalidité paraît équitable au vu des circonstances (ATF 126 V 75; TF 9C\_235/2008 du 12 février 2009 consid. 2 et 3). Dans la décision attaquée, l'OAI a donc correctement mis en évidence un degré d'invalidité inférieur à 40 % et ne donnant donc pas droit à l'octroi d'une rente d'invalidité (art. 28 LAI a contrario).

Après un délai de trois mois (art. 88a al. 1 RAI) à compter du changement des circonstances intervenu le 2 octobre 2006, il y a donc lieu à révision du droit à la rente, soit à partir du 1<sup>er</sup> février 2007. C'est donc à juste titre que le droit à la rente d'invalidité du recourant a été reconnu jusqu'au 31 janvier 2007 et qu'il a été supprimé pour la période postérieure à cette date.

**4.** S'agissant de la période à partir de laquelle la rente a été octroyée, il ressort du dossier que le recourant présente une incapacité de travail durable ou de longue durée depuis juillet 2005, ainsi que cela ressort notamment de l'avis des Drs V. \_\_\_\_\_ (17.10.2006), X. \_\_\_\_\_ (14.05.2008) et H. \_\_\_\_\_ (22.05.2008). Cela étant, dans son rapport détaillé faisant suite à l'examen de l'assuré le 9 mai 2008, le Dr X. \_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée depuis le 22 juillet 2005 (14.05.2008), ce qui n'a apparemment pas été contesté par le Dr H. \_\_\_\_\_ (22.05.2008). On peut donc se demander si l'octroi d'une rente pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 31 janvier 2007 était justifié. On renoncera toutefois à envisager une réforme de la décision attaquée au détriment du recourant (pour une solution similaire: TFA I 236/05 du 22 juin 2006 consid. 4.3).

**5.** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C\_818/2008 du 18 juin 2009 consid. 2.2; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008).

Au vu de ce qui précède, le dossier est complet du point de vue médical pour que la cause soit jugée, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction demandées par le recourant, tendant notamment à l'établissement d'une expertise et à l'audition de ses médecins traitants. On relèvera en outre que l'examen orthopédique du 9 mai 2008 auprès du Dr X. \_\_\_\_\_ a été effectué avec l'assistance d'un interprète de langue allemande, comme l'a relevé l'OAI dans ses observations du 5 août 2009, de sorte qu'il a été tenu compte de la faible maîtrise du français du recourant lors de l'instruction du dossier.

**6.** Partant, le recours doit être rejeté. 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 des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, celui-ci n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision du 9 décembre 2008 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument de justice de 250 fr. (deux-cent cinquante francs) est mis à la charge du recourant K.\_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- K.\_\_\_\_\_
- 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 :