

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 janvier 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Bonard et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

G. _____, à Echallens, recourant, représenté par Me Sofia Arsénio, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 8 et 43 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. **a)** G. _____ (ci-après: l'assuré), né le 16 mai 1964, marié et père de deux filles, ressortissant portugais, est arrivé en Suisse en mars 2004, au bénéfice d'un permis L. Sa famille est restée au Portugal. Il a travaillé comme manœuvre pour l'entreprise R. _____ SA jusqu'au 20 mai 2005.

Le 20 février 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente.

b) Dans un rapport médical du 17 mars 2006 adressé à l'OAI, le Dr H. _____, spécialiste FMH en médecine générale à Echallens, a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de nécrose aseptique de la tête fémorale gauche depuis juin 2005, entraînant une incapacité de travail de 100 % dès le 14 juin 2005 à probablement automne 2006 en qualité de manœuvre. Ce médecin précisait que la pose d'une prothèse totale de la hanche était prévue en avril 2006. Il a indiqué qu'une réévaluation de la capacité de travail avec réorientation professionnelle allait probablement être nécessaire dans les trois mois de la phase post-opératoire.

Dans un nouveau rapport médical du 17 août 2006 adressé à l'OAI, le Dr H. _____ a indiqué que l'intervention prévue avait été effectuée le 14 juin 2006 à l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, que l'évolution était favorable mais que l'assuré était encore en incapacité de travail à 100 % jusqu'à ce jour.

c) Dans un rapport médical du 30 octobre 2006 adressé à l'OAI, le Dr C. _____, médecin assistant à l'Hôpital orthopédique de la Suisse Romande, à pose le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de nécrose tête fémorale gauche FICAT IV; l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 100% depuis le 13 juin 2006,

avant l'opération de la hanche gauche; l'état de santé s'améliorait et le pronostic était bon; la capacité de travail exigible était de 100 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (port de charge d'environ 10 kg au maximum; changements de position debout/assis réguliers; pas de travail sur échelle).

d) Dans un rapport de consilium du 18 janvier 2007 adressé au Dr H._____, les Drs J._____ et N._____, du Département de psychiatrie du CHUV, Centre de Consultation Psychiatrique et Psychothérapeutique, ont retenu les diagnostics suivants:

- Episode dépressif moyen (F32.1)
- Syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent sous Antabus (F10.23)
- Difficulté liée à l'emploi et au chômage (Z56)
- Difficulté liée à l'environnement social (Z60.85)
- Antécédents personnels de maladie (nécrose aseptique de la hanche gauche ayant nécessité la pose d'une prothèse) (Z86)

Ils ont par ailleurs relevé ce qui suit:

G._____ est donc arrivé en Suisse voici bientôt trois ans pour travailler en tant que maçon. Toutefois, suite à une nécrose aseptique de sa hanche gauche qui a nécessité la pose d'une prothèse, il se retrouve depuis maintenant plus d'un an à l'arrêt de travail, encore sous couverture asséculoologique jusqu'à début 2007. Pour la suite, se pose la question d'une réinsertion professionnelle via l'AI. Celle-ci pourrait s'avérer problématique dans la mesure où le patient présente des difficultés d'apprentissage et d'intégration, notamment du fait qu'il ne parle pas français. En outre, il a depuis sa maladie développé une dépendance à l'alcool, dont le contrôle ne s'est avéré jusqu'à présent possible que par l'introduction de la prise journalière d'Antabus.

Sur le plan psychiatrique, il nous apparaît évident que G._____ souffre actuellement d'un épisode dépressif de degré moyen, vraisemblablement réactionnel à sa maladie. Depuis l'été 2005, il est d'humeur dépressive, avec une fatigabilité augmentée, des idées noires récurrentes, des difficultés de concentration et des troubles mnésiques en augmentation, un ralentissement psychomoteur, un sommeil fortement perturbé et d'importantes ruminations nocturnes avec un affect globalement émoussé. Cette importante réaction dépressive s'explique d'une part par la maladie et ses conséquences directes, notamment professionnelles (impossibilité de continuer à travailler en tant que maçon), d'autre part par un contexte d'immigration où G._____ se retrouve loin de sa famille et dans un relatif isolement social - tout en n'osant pas rentrer au pays sans l'argent qu'il s'était promis de gagner pour sa famille, et ne pouvant

pas imaginer à l'heure actuelle comment gagner sa vie autrement que par le passé.

Il y a en outre chez ce patient une problématique de dépendance à l'alcool, investiguée par notre collègue de l'alcoologie de Liaison (Dresse X. _____), laquelle conclut à une dépendance encore fortement banalisée par le patient"

e) Dans un avis du Service médical régional AI (ci-après: le SMR) du 2 avril 2007, le Dr Q. _____, médecine générale FMH, a estimé sur la base des rapports du médecin traitant, le Dr H. _____, et de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande que, sur le plan orthopédique, la capacité de travail résiduelle était de 100 % dans une activité entièrement adaptée; il a préconisé un complément d'instruction sur le plan psychiatrique auprès du Département de psychiatrie du CHUV. Réinterrogé, le Département de psychiatrie du CHUV a informé l'OAI que l'assuré ne s'était plus présenté à la consultation depuis le 7 décembre 2006.

Le 31 août 2007, le Dr H. _____ a informé l'OAI que l'évolution intermédiaire de l'assuré était favorable: il avait cessé toute consommation alcoolique et suivait un traitement d'Antabus quotidien à sa consultation; par ailleurs, il avait débuté un accompagnement social à la Fondation Appartenance.

f) Dans un rapport d'examen SMR du 17 décembre 2007, le Dr D. _____, se référant aux rapports du Dr H. _____, médecin traitant, et du Dr C. _____, médecin assistant à l'Hôpital orthopédique de la Suisse Romande, a estimé que, sur le plan orthopédique, la capacité de travail résiduelle était de 100 % dans une activité entièrement adaptée, dès le 29 septembre 2006 (date de la dernière consultation).

B. **a)** Le 11 mars 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui allouant une rente entière, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %, à partir du 1^{er} juin 2006, cette rente étant toutefois limitée au 31 décembre 2006. L'assuré a déclaré s'opposer à ce projet de décision mais, malgré le délai imparti par l'OAI, n'a fait parvenir à celui-ci aucun argument à l'appui de cette contestation.

b) Le 12 février 2009, l'OAI a rendu une décision confirmant son projet de décision du 11 mars 2008, retenant en substance ce qui suit: depuis le 14 juin 2005, la capacité de travail de l'assuré est considérablement restreinte. A l'échéance du délai de carence d'une année (art. 28 LAI), soit au 14 juin 2006, il présente une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité lucrative, soit un degré d'invalidité de 100%. Au vu des renseignements médicaux, l'évolution de son état de santé lui permet, dès octobre 2006, l'exercice à plein temps d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical (travail sédentaire léger, absence de marche prolongée ou en terrain inégal, alternance des positions, absence de travail sur échelle ou échafaudage). Le revenu sans invalidité comme manœuvre auprès de R._____ SA (55'536 fr.) doit être comparé au revenu qu'il pourrait obtenir dans l'exercice à plein temps d'une activité adaptée (activité industrielle légère). Après un abattement de 10 %, le revenu d'invalidé s'élève à 52'798 fr. 93, aboutissant à un degré d'invalidité de 5 % n'ouvrant pas le droit à une rente ni à des mesures de reclassement. La rente doit donc être limitée au 31 décembre 2006, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail et de gain.

C. a) L'assuré, représenté par l'avocate Sofia Arsénio, recourt contre cette décision par acte du 16 mars 2009. Il conteste les constatations faites par l'OAI et se réfère à des rapports médicaux qu'il produit (notamment, outre des rapports médicaux qui figuraient déjà au dossier de l'OAI, un rapport médical du Dr Z._____, médecin associé au Département de l'appareil locomoteur du CHUV, au Dr H._____ du 30 octobre 2008 et un rapport médical du Département de l'appareil locomoteur du CHUV au Dr H._____ du 22 janvier 2009), dont il résulterait selon lui qu'il a droit à une rente même au-delà du 31 décembre 2006. Il conclut à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente entière sans limitation dans le temps.

Le recourant a produit une décision d'octroi de l'assistance judiciaire avec effet au 12 mars 2009.

b) Dans sa réponse du 23 juin 2009, l'OAI expose qu'il a soumis les deux nouvelles pièces médicales produites à l'appui du recours au SMR pour appréciation et qu'il se rallie entièrement à l'avis de ce dernier du 5 juin 2009. Il souligne ainsi que la ténotomie arthroscopique qu'a subie le recourant le 13 janvier 2009 n'entraîne qu'une incapacité de travail de courte durée et ne saurait avoir de conséquence sur la capacité de travail de l'assuré. Dans la mesure où tous les médecins qui ont vu l'assuré s'accordent à dire que dans une activité adaptée, sa capacité de travail est entière depuis octobre 2006, l'OAI n'a aucune raison de s'écarter de cette appréciation. Il propose par conséquent le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

c) Dans sa réplique du 30 octobre 2009, le recourant conteste l'affirmation faite par l'OAI dans sa réponse selon laquelle "tous les médecins qui ont vu le patient s'accordent à dire que dans une activité adaptée, sa capacité de travail est entière depuis octobre 2006".

A cet égard, il produit d'abord une lettre adressée le 25 septembre 2009 à son conseil par le Dr H._____, dans laquelle ce praticien indique ce qui suit:

"1. A partir de quelle date estimez-vous que Monsieur G._____ est capable d'occuper une activité professionnelle adaptée à son état ?

Monsieur G._____ est totalement incapable de travailler depuis mai 2005 jusqu'au 01.09.2009. Le 09.09.2009, il est capable de travailler à 50% dans une activité légère 4 heures par jour.

2. Cette capacité de travail est-elle entière ? Le cas échéant, à quel taux estimez-vous que Monsieur G._____ pourrait exercer une activité professionnelle ?

Monsieur G._____ a subi une pose de prothèse de hanche G qui a été d'emblée compliquée par une tendinite du psoas en raison d'adhérence. Il a été réopéré en janvier 2009 par le Docteur Z._____ à l'Hôpital orthopédique. La réadaptation de cette affection a mis plus de six mois et une reprise d'activité hypothétique à 50 % dès le 01.09.2009 peut être envisagée après une période de réadaptation.

3. Entre le mois d'octobre 2006, date à laquelle l'OAI estime que Monsieur G._____ a retrouvé son incapacité de travail dans une

activité adaptée et la deuxième opération subie en janvier 2009, le patient est-il capable de travailler ?

Non, je conteste cette décision de l'OAI de 2006. Le patient était totalement incapable de travailler en raison justement des douleurs qui ont nécessité la ré-opération de 2009.

4. Le cas échéant, veuillez préciser les raisons médicales pour lesquelles Monsieur G._____ n'était pas apte à travailler en octobre 2006 et dès la deuxième opération de janvier 2009.

Il s'agit d'une tendinite par friction du muscle du psoas qui a vraisemblablement été lésée pendant la première opération de la pose de la prothèse. Les rapports du Dr Z._____ (annexé) attestent de cette situation".

Le recourant produit également un courrier adressé le 22 septembre 2009 à son conseil par le Dr Z._____, dans lequel ce spécialiste indique ce qui suit:

"1.M. G._____ est-il toujours suivi à votre consultation ? A quelle fréquence ?

Oui, le patient est toujours suivi à ma consultation dans des intervalles de quatre mois environ.

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé de M. G._____ depuis l'intervention subie en janvier 2009 ?

Selon les constatations du dernier contrôle, le 12.06.09, l'évolution est favorable permettant de récupérer un périmètre de marche de 3 km sans canne. Le patient ressent toutefois encore des douleurs antérieures de la cuisse ainsi qu'au niveau des fesses liées à une rétraction du droit antérieur et une discrète insuffisance résiduelle des muscles fessiers liée à la problématique prolongée qu'il a présenté.

3. Quel pronostic pouvez-vous poser pour l'avenir ?

Le pronostic quant à une reprise de travail est réservé chez ce patient. En effet, il est en arrêt de travail depuis juin 2006, soit plus de trois ans et il est connu qu'une durée d'arrêt de travail de plus d'un an rend une reprise peu probable. De plus, je pense qu'une reconversion professionnelle sera extrêmement difficile chez ce patient ne parlant pratiquement pas français et dont l'écolage était minimal.

[...]

Dans une activité adaptée et pour autant que le patient puisse effectuer une reconversion professionnelle, je pense que la capacité maximale [dans une activité professionnelle] sera probablement de 50 %. La capacité physique devrait toutefois être évaluée dans le cadre d'un stage ORIPH tel que cela avait déjà été suggéré à

plusieurs reprises à l'AI par le médecin traitant et le soussigné mais qui n'a visiblement pas été effectué.

6. Entre le mois d'octobre 2006, date à laquelle l'OAI estime que M. G. _____ a retrouvé sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée, et la deuxième opération subie en janvier 2009, le patient est-il capable de travailler ?

Cette estimation de la part de l'OAI est totalement hors de propos. J'ai personnellement évalué le patient la première fois le 19.07.07, date à laquelle il présentait des douleurs invalidantes de la hanche G après implantation d'une PTH en juin 2006 et qui rendait toute capacité de travail illusoire. Par conséquent, je pense que l'incapacité de travail du patient était totale entre juin 2006 et actuellement.

7. Cas échéant, veuillez préciser les raisons médicales pour lesquelles M. G. _____ n'était pas apte à travailler entre octobre 2006 et la deuxième opération du mois de janvier 2009.

Status après implantation d'une PTH G avec rallongement postopératoire du membre inférieur, douleurs séquellaires sur tendinite sévère du psoas et tendinite des fessiers entraînant une diminution physique globale chez un patient dépendant professionnellement d'une capacité physique à 100 %".

Le recourant fait en outre valoir qu'il bénéficie depuis février 2009 d'un suivi psychiatrique auprès d'un médecin pouvant communiquer avec lui en langue portugaise. Il produit un rapport du 11 septembre 2009 de la Dresse L. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Lausanne, dont il ressort que le recourant souffre d'une dépression modérée suite à un problème de genou, qu'il a beaucoup de peine à sortir de sa dépression, accompagnée de graves troubles du sommeil, d'un grand découragement et d'idées noires, et qu'il peine à retrouver une nouvelle façon d'exister avec son handicap.

Le recourant estime que face à l'ensemble de ces avis, précis et étayés, les arguments avancés par l'OAI ne résistent pas à l'examen et doivent être écartés, ce qui doit conduire à faire droit aux conclusions du recours. Subsidiairement, le recourant, estimant que les rapports médicaux produits sont à tout le moins de nature à jeter un doute sérieux sur le bien fondé des conclusions du SMR, requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

d) Dans sa duplique du 20 novembre 2009, l'OAI estime que des investigations complémentaires ne sont pas nécessaires et propose le rejet du recours. Il produit en outre un avis SMR du Dr D._____ du 11 novembre 2009, dont la teneur est la suivante:

"Le rapport du Dr H._____ du 25.9.2009 ne mentionne aucun élément nouveau antérieur à la décision du 12.2.2009.

Il en va de même du rapport de la Dresse L._____, qui ne voit l'assuré que depuis le 23.2.2009, soit après la décision contestée.

Enfin, le rapport du Dr Z._____ fait état d'une bonne évolution 5 mois après la ténotomie arthroscopique du psoas gauche. Les douleurs ont considérablement diminué, permettant un périmètre de marche sans canne de 3 km. Ces observations nous confortent dans l'idée que l'exigibilité dans une activité sédentaire à semi-sédentaire est entière. [...]"

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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Si le délai doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la notification (art. 38 al. 2 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). En l'espèce, le recours interjeté le lundi 16 mars 2009 contre la décision du 12 février 2009, qui a été notifiée le 13 février 2009 au plus tôt, l'a été en temps utile auprès du tribunal compétent. Pour le surplus déposé dans les formes prévues par la loi, 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^{er} 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 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) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente (soit au quart d'une rente entière), un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le degré d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas

échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et les références citées).

c) Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, l'OAI doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA).

d) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

e) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366, 116 V 246 consid. 1a p. 248 et les références citées; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4; TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1 p. 366, 117 V 287 consid. 4 p. 293 et les références citées; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4; 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; TF 9C_449/2007 du 28 juillet 2008, consid. 2.2; TF 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3).

3. a) A la lumière des rapports médicaux au dossier, il ne saurait être fait grief à l'OAI de n'avoir pas tenu compte d'une atteinte à la santé psychique ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant. En effet, dans leur rapport du 18 janvier 2007 adressé au Dr H._____, les Drs J._____ et N._____, du Département de psychiatrie du CHUV, Centre de Consultation Psychiatrique et Psychothérapeutique, avaient posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, précisant que celui-ci était vraisemblablement réactionnel à sa maladie, et de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinant sous Antabus, sans indiquer qu'il y aurait des répercussions sur la capacité de travail (cf. lettre A.d supra). Il est en outre constant que l'assuré ne s'est plus présenté à la consultation psychiatrique depuis décembre 2006 et que, sur ce plan, son évolution a été favorable, comme l'a confirmé le Dr H._____ (cf. lettre

A.e supra). Quant au rapport du 11 septembre 2009 de la Dresse L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suit le recourant depuis le 23 février 2009, il fait état d'une dépression modérée, réactionnelle au problème de genou, et il n'en résulte pas que la problématique psychique en elle-même entraînerait une diminution de la capacité de travail du recourant. Au demeurant, la Dresse L._____ n'a suivi le recourant que depuis le 23 février 2009, et ne s'est pas prononcée sur son état de santé antérieurement à la date déterminante de la décision attaquée, rendue le 12 février 2009 (cf. consid. 2e supra).

b) Sur le plan orthopédique, l'OAI a retenu que le recourant présentait une incapacité de travail et de gain totale à l'échéance du délai de carence d'un an, soit au 14 juin 2006, mais qu'il avait récupéré dès le 29 septembre 2009 une capacité de travail entière dans une activité entièrement adaptée. Il appert toutefois que cette constatation se fonde uniquement, comme cela résulte du rapport d'examen SMR du 17 décembre 2007 (cf. lettre A.f supra), sur le rapport médical du 30 octobre 2006 du Dr C._____, médecin assistant à l'Hôpital orthopédique de la Suisse Romande (cf. lettre A.c supra). Or ce rapport médical, émanant d'un médecin assistant qui n'a aucun titre de spécialiste FMH, est extrêmement succinct et ne contient qu'une très brève anamnèse et un très bref exposé des constatations objectives; les affirmations de son auteur quant à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée ne sont aucunement motivées, de sorte qu'il ne saurait se voir reconnaître de valeur probante sur ce point, qui est précisément le point litigieux (cf. consid. 2d supra). Au surplus, alors que le Dr D._____ du SMR indique dans son avis du 17 décembre 2007 se fonder également sur le rapports du Dr H._____, médecin traitant, ce dernier indiquait dans son rapport du 17 août 2006 (cf. lettre A.b supra) que le recourant était encore en incapacité de travail de 100 % ensuite de l'opération du 14 juin 2006.

Dans ces conditions, l'OAI ne pouvait se fonder, comme il l'a fait, sur le seul rapport du Dr C._____ du 30 octobre 2006 pour retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 29

septembre 2006. Les rapports médicaux produits à l'appui du recours confirment d'ailleurs que l'appréciation du Dr C._____ ne peut se voir reconnaître de valeur probante. En premier lieu, le Dr H._____ indique dans son courrier du 25 septembre 2009 (cf. lettre C.c supra) que le recourant est totalement incapable de travailler depuis mai 2005 jusqu'au 1^{er} septembre 2009, date à partir de laquelle il est capable de travailler à 50 % dans une activité légère 4 heures par jour; il explique que le recourant a subi une pose de prothèse de hanche gauche qui a été d'emblée compliquée par une tendinite du psoas en raison d'adhérence et qu'il a été réopéré en janvier 2009 par le Dr Z._____ à l'Hôpital orthopédique; la réadaptation de cette affection a mis plus de six mois et une reprise d'activité hypothétique à 50 % dès le 1^{er} septembre 2009 peut être envisagée après une période de réadaptation. Deuxièmement et surtout, le Dr Z._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans son rapport du 22 septembre 2009, infirme vigoureusement l'appréciation selon laquelle le recourant aurait retrouvé sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois d'octobre 2006; il explique qu'il a personnellement évalué le patient la première fois le 19 juillet 2007, date à laquelle celui-ci présentait des douleurs invalidantes de la hanche gauche après implantation d'une prothèse totale de la hanche en juin 2006 et qui rendait toute capacité de travail illusoire, et estime par conséquent que l'incapacité de travail était totale entre juin 2006 et actuellement; il précise que selon lui, dans une activité adaptée et pour autant que le patient puisse effectuer une reconversion professionnelle, la capacité de travail maximale sera probablement de 50 %, mais devra toutefois être évaluée dans le cadre d'un stage ORIPH.

Sur le vu de ce qui précède, force est de constater que l'OAI ne pouvait statuer comme il l'a fait sur la seule base des constatations du Dr C._____, qui ne permettent pas de retenir que le recourant, après avoir présenté une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité, aurait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois d'octobre 2006.

Cela étant, on ne saurait suivre le recourant dans sa conclusion principale et retenir, à ce stade de la procédure, qu'une rente entière sans limitation dans le temps doit lui être accordée. En effet, le Dr H. _____ a relevé qu'une reprise d'activité hypothétique à 50 % dès le 1^{er} septembre 2009 pouvait être envisagée après une période de réadaptation (rapport du 25 septembre) et le Dr Z. _____ a notamment indiqué qu'une reprise de travail lui semblait réservée, que la capacité de travail maximale serait probablement de 50 % et que la capacité physique devait être évaluée (rapport du 22 septembre).

Dès lors, Il convient de procéder à un complément d'instruction afin de déterminer le droit à la rente de l'assuré pour la période postérieure au 31 décembre 2006. A ce titre, l'OAI devra faire examiner l'assuré par un expert indépendant, au bénéfice des titres nécessaires, aux fins d'établir - et de consigner dans un rapport qui satisfasse aux exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 2d supra) - quelle a été sur le plan orthopédique l'évolution de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c) Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire; un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire; il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3; RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206).

En l'espèce, le renvoi de la cause à l'OAI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit

la procédure dans le domaine des assurances sociales et est codifié à l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. aussi art. 57 al. 1 let. f LAI; ATF 117 V 282 consid. 4a; TF I 236/01 du 5 octobre 2001 consid. 2a; RAMA 1985, K 646 p. 235 consid. 4) - apparaît la solution la plus opportune, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans procède elle-même aux mesures d'instruction nécessaires.

4. a) En définitive, il y a lieu d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le recourant obtient gain de cause et n'aura donc pas à supporter de frais judiciaires. Ceux-ci ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI; en effet, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en tant qu'organisme chargé de tâches d'intérêt public.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 et 56 al. 2 LPA-VD). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter à 1'200 fr. le montant des dépens et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 12 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. Une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs), à verser au recourant à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Sofia Arsénio, avocate à Lausanne (pour 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).

Le greffier :