

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 avril 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Pittet et Perdrix, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

B. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Pierre Bloch,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. **a)** B._____ (ci-après: l'assuré), né le 12 mars 1956, marié et père de 3 enfants, a travaillé de 1989 à 2000 comme chauffeur professionnel pour P._____. Le 28 mars 2000, il a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente.

Dans le cadre de l'instruction médicale du dossier, l'OAI a requis l'avis du Dr X._____, médecine générale à Vevey. Dans un rapport du 17 avril 2000, ce praticien a posé les diagnostics de dysplasie des deux hanches, de sarcoïdose pulmonaire et de lombalgies, puis retenu une incapacité de travail de 100 % depuis le 6 mars 2000 et pour une durée indéterminée. Il a également déposé à l'intention de l'OAI plusieurs rapports médicaux confirmant notamment les diagnostics retenus. L'OAI s'est par ailleurs adressé au Dr L._____, médecine interne à Lausanne, qui, le 3 mars 2003, a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de dysplasie de hanche bilatérale prédominant à gauche.

Par la suite, l'OAI a mandaté le Dr T._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à Lausanne, pour une expertise orthopédique. Dans son rapport d'expertise du 1^{er} septembre 2003, cet expert a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de coxarthrose gauche symptomatique d'origine dysplasique et de dysplasie de la hanche droite asymptomatique. L'assuré présentait en effet une dysplasie des deux hanches d'origine congénitale qui était progressivement devenue symptomatique du côté gauche avec l'apparition des troubles dégénératifs pour atteindre le stade d'arthrose en 1997; depuis 1997, l'évolution radiologique était très lente, voire stationnaire. Lorsque l'assuré travaillait pour P._____, le problème principal était lié au fait qu'il devait soulever des personnes handicapées, ce qui avait engendré une décompensation des douleurs de la hanche

gauche et des douleurs lombaires invalidantes. Sur le plan physique, l'assuré présentait des limitations pour soulever des charges lourdes, ainsi que pour effectuer des déplacements à pied, dans les terrains en pente ou dans les escaliers; toute surcharge de la hanche gauche engendrait une décompensation douloureuse et invalidante. Cette activité n'était dès lors plus exigible, mais dans un travail adapté, tel chauffeur de taxi, une capacité de travail était certainement exigible. L'expert a ajouté que la reprise du travail pour l'entreprise P._____ pouvait être exigible si l'assuré était exempté de soulever des personnes handicapées.

L'OAI s'est par ailleurs adressé aux médecins traitants de l'assuré, les Drs F._____, psychiatre et psychothérapeute FMH à Lausanne, et M._____, médecine générale à Vevey. Le 10 février 2004, le Dr F._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur, sévère, épisode isolé, et de phobie spécifique, de type situationnel. Il a mentionné un traitement médicamenteux et a retenu que l'intéressé ne se sentait pas capable d'effectuer son travail de chauffeur de taxi, pour lequel il avait été jugé apte à 50 %, en raison de douleurs physiques. Dans un rapport du 23 mars 2004, le Dr M._____ a retenu les diagnostics de coxarthrose gauche symptomatique d'origine dysplasique, de dysplasie de la hanche droite, de spondylolisthésis de L5 sur S1 et d'état anxio-dépressif.

b) L'assuré a également été convoqué pour un examen psychiatrique au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans son rapport du 18 mai 2004, le médecin examinateur, la Dresse U._____, n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique et a estimé que l'assuré ne présentait aucune comorbidité psychiatrique à la pathologie somatique et que sa capacité de travail exigible était entière, dans toute activité.

Dans un avis médical SMR du 18 mai 2004, le Dr S._____ a considéré, sur la base notamment du rapport d'expertise du Dr T._____ du 1^{er} septembre 2003 et du rapport d'examen psychiatrique du 18 mai 2004, que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle, respectivement de 100 % selon certains aménagements, et de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations

fonctionnelles (pas de soulèvement ou de port de charges lourdes, pas de longs déplacements à pied sur des terrains en pente ou dans des escaliers; pas de surcharge de la hanche gauche).

Par décision du 21 octobre 2004, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente de l'AI. Il a retenu que ce dernier présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé et a mis en évidence, après comparaison des revenus pour l'année 2001, un degré d'invalidité de 21.94 %.

c) Le 9 novembre 2004, l'assuré, agissant par l'intermédiaire du Service juridique d'Intégration Handicap, a déposé une demande de prestations de l'AI tendant à des mesures de placement.

Par décision du 16 juillet 2007, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des mesures d'ordre professionnel, motif pris notamment d'une capacité de travail entière. Le 12 septembre 2007, B._____, représenté par l'avocat Jean-Pierre Bloch, a recouru contre cette décision.

Par jugement du 5 novembre 2007 (AI 343/07), le Président du Tribunal des assurances, considérant que la décision attaquée se fondait sur un rapport du SMR, du 18 mai 2004, relatif à un examen psychiatrique effectué le 11 mai précédent par la Dresse U._____, signant par ailleurs ledit rapport avec le titre de psychiatre FMH, a annulé cette décision et renvoyé le dossier à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique, laquelle devrait être confiée à un expert neutre, muni des titres nécessaires, puis qu'il apprécie le taux d'invalidité du recourant et rende telle nouvelle décision que de droit.

d) L'OAI a alors mandaté le Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Yverdon, pour une expertise psychiatrique. Du rapport de cet expert, déposé le 27 mai 2008, qui contient une anamnèse (p. 3-5), un exposé des plaintes et descriptions subjectives spontanées et sur questions (p. 5-9), un résumé du dossier et de l'historique médical (p. 10-15), les constatations cliniques (p. 15-21),

les résultats du dosage médicamenteux (p. 21), une discussion (p. 21-26), les diagnostics et conclusions (p. 27) et les réponses aux questions (p. 28-30), il ressort ce qui suit:

"VII. Discussion

[...]

La situation que vous avez mandaté d'examiner concerne un homme qui souffre tout d'abord et essentiellement d'une problématique somatique. Avec une dysplasie des hanches bilatérale, accentuée avec les années du côté gauche, il a été apparemment longtemps asymptomatique, mais des douleurs et limitations fonctionnelles se manifestent d'avantage dans la deuxième moitié des années nonante. Associées aussi dans la même période sont des plaintes concernant le dos et d'autres parties du corps.

Bien que la réalité de la part somatique ne fasse aucun doute, les conséquences ont été appréciées du côté médical d'une manière différente. Pratiquement au même moment où le Professeur J._____, spécialiste en orthopédie du CHUV donne un avis moyennement rassurant, indiquant en parallèle qu'une intervention orthopédique pourrait être nécessaire ultérieurement, le médecin traitant de l'assuré le met en arrêt de travail total et indéterminé et à distance de trois semaines une demande de rente est déposée à l'Assurance Invalidité. Très visiblement, l'avis du spécialiste n'a pas du tout été retenu et intégré dans des considérations diagnostiques et thérapeutiques.

Cette dissonance entre corps médical spécialiste et médecin traitant continue par la suite; l'expertise mandatée par l'AI arrive aux conclusions quasi identiques que le Professeur J._____; elle conclut à l'exigibilité d'un travail adapté et également amélioration possible après intervention chirurgicale. Du côté des médecins traitants, la position se modifie légèrement vers un 50% d'exigibilité en travail adapté, taux aussi maintenu pour les différents stages de reclassement tentés.

Du côté du concerné, M. B._____, il était toujours hésitant, voire opposé par rapport aux interventions chirurgicales. Il a déposé à plusieurs reprises et ceci jusqu'à ce jour dans notre examen, ses craintes par rapport à une intervention tout en admettant que ça serait peut-être prochainement nécessaire. Il s'agit de craintes de rester paralysé, assez irrationnelles lorsqu'on pense que les interventions chirurgicales proposées sont aujourd'hui très bien maîtrisées. Au stade actuel et à la fin du processus de reclassement tenté, l'assuré est toujours en opposition par rapport au taux d'exigibilité retenu par les médecins somatiques et les intervenants de reclassement.

Sur le plan psychique, il s'agit d'un homme sans antécédents psychiques-psychiatriques. M. B._____ est issu d'une famille simple, rurale de Serbie, il a fait huit ans d'école obligatoire et aucune particularité n'est décrite pour son évolution. Il a travaillé en

tant qu'ouvrier agricole, ouvrier d'usine, il a fait un service militaire complet et, dès son intégration en Suisse à l'âge de 26 ans, il a travaillé en tant que jardinier et pendant 11 ans dans le transport handicap. Tout son parcours montre jusqu'ici une capacité d'adaptation basique, avec aptitude de faire un permis de transports professionnels et l'intégration dans le monde suisse et professionnel en général. L'apprentissage du français est resté très rudimentaire et il n'est certainement pas quelqu'un pour lequel des apprentissages avec exigences intellectuelles sont à proposer. Ceci s'est confirmé assez clairement à travers les trois stages de reclassement.

Une souffrance psychique est mentionnée périphériquement dans la deuxième partie du long processus d'invalidation, à savoir bien après son arrêt de travail et l'expertise orthopédique. On cite dans le dossier des notions d'anxiété, d'inquiétude, ceci exclusivement liées à son état de santé physique ainsi qu'à sa situation sociale.

L'appréciation du psychiatre traitant qui voit le patient la première fois fin août 2003 (donc un mois après l'expertise orthopédique), est radicalement différente lorsqu'il parle de troubles dépressifs majeurs, sévères, et de troubles spécifiques. Cependant, le même psychiatre évoque une amélioration de l'état clinique sous traitement approprié.

Par la suite, ce clivage d'appréciation persiste aussi du côté psychiatrique: l'examen du SMR Léman conclut à l'absence de diagnostic psychiatrique (on ne décrit que quelques traits «dépressifs et anxieux») et le médecin traitant maintient jusqu'à ce jour une vision plutôt pessimiste voire semi pessimiste.

Dans notre examen, effectué avec interprète professionnel, il n'y a d'abord aucune plainte psychique-psychiatrique spontanée. L'assuré nous décrit un état de mal-être global avec fort centrage sur ses limitations physiques diverses (qui ont un fond bien réel) ainsi que sa situation sociale (il est avec sa famille dépendant des services sociaux depuis 2004). Il y a ici très clairement la notion subjective d'atteinte réactionnelle par rapport aux autres facteurs.

Dans l'examen, nous avons décrit en détails un homme sans trouble cognitif majeur, dans sa langue maternelle explicite d'une manière étonnante et dont la crispation initiale a fait place à un discours plus ou moins soutenu ainsi qu'une bonne capacité de se faire comprendre.

Affectivement, nous l'avons perçu comme morose, négatif, insatisfait de sa situation, un peu amère et maussade. L'énergie vitale nous semble légèrement réduite, mais il est difficile de dire dans quelle mesure il s'agit éventuellement d'un conditionnement négatif à sa situation.

En ce qui concerne sa vie concrète et pratique, il y a d'une part la description d'un déroulement extrêmement banal, sans aucune participation au quotidien, également un conditionnement à l'aide précieuse de sa femme, mais de l'autre côté des éléments qui contrastent (voire sont contradictoires): utilisation de la voiture, participation aux commissions, accompagnement de ses enfants au football, quelques plaisirs de couple et familiaux tout de même.

On peut répondre à la question d'un éventuel état dépressif de la manière suivante:

[Suit une analyse sous forme de tableau au regard des critères pour déterminer un épisode dépressif selon Classification Internationale des Maladies en vigueur, CIM-10, chapitre F 32, dont il ressort que les critères sont insuffisamment marqués pour pouvoir retenir un diagnostic d'état dépressif]

Nous constatons ainsi que les limitations ne sont que partielles et ne confirment pas l'existence d'un état dépressif dans le sens clinique et défini du terme. A ceci participe aussi le résultat de l'échelle de ralentissement qui reste en dessous du seuil significatif.

En ce qui concerne l'anxiété, l'assuré ne mentionne plus d'inhibition de principe dans la réalité et en observation les éléments restent très légers.

En conclusion, la situation de l'assuré est donc conditionnée essentiellement par la présence toujours très «sensible» et douloureuse d'un problème somatique non résolu d'une manière optimale (mais avec participation de l'assuré) ainsi que par des fluctuations dysphoriques-anxieuses secondaires. Avec l'analyse du déroulement des événements depuis dix ans, nous ne pouvons pas nous défaire non plus de l'impression que l'assuré est conditionné dans une vision plutôt d'arrêt d'activité et de rente que pour une reprise d'activité. Jusqu'à ce jour il argumente avec le positionnement de son ex-patron et de ses médecins. Il a été observé pendant passablement de mois par des personnes extérieures et qui ont, en finalité, fait pratiquement les mêmes constats.

D'une part, sur le plan psychique, l'assuré n'a été à aucun moment décrit comme très dysfonctionnel, d'autre part c'est essentiellement ses auto-limitations qui semblent être intervenues, assez précisément en octobre 2007 et qui ont conduit à un rendement nettement inférieur au 70% objectivement constaté auparavant.

VIII. Diagnostic et conclusions

Avec l'ensemble de nos analyses effectuées, nous retenons au stade actuel les notions de:

1. Dysthymie (F34.1 CIM 10),
2. Trouble anxieux sans précision (F41.9 CIM 10).

Nous utilisons le terme de dysthymie en analogie pour résumer l'état psychique dysphorique constaté, à savoir des fluctuations d'humeur surtout réactionnelles et d'intensité insuffisante pour retenir un autre diagnostic. Si un état dépressif d'intensité plus sévère avait existé auparavant, il est à considérer comme suffisamment compensé avec la médication appliquée.

Les deux diagnostics mentionnés se trouvent dans un registre sans impact majeur sur la capacité de travail. Si l'assuré était dans une activité professionnelle, il y aurait ici éventuellement des problèmes d'adaptation transitoire à attendre, mais pas de limitation ou incapacité majeures. Une reprise d'activité aurait d'ailleurs aussi un impact positif dans le sens de revalorisation et de regain de son statut social. Nous doutons cependant que cet assuré, qui est déjà passablement conditionné dans un système d'aide, puisse investir cette perspective.

En ce qui concerne le déroulement de l'atteinte psychique dans le temps, nous considérons qu'elle était toujours identique, à savoir jamais avec impact indépendant sur l'évolution, la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles somatiques".

B. **a)** Le 27 novembre 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision rejetant la demande de prestations, dont la motivation est en substance la suivante:

Suite au jugement du Tribunal des assurances, l'OAI a complété l'instruction du dossier, notamment par une expertise psychiatrique. L'instruction médicale conclut à l'absence de diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics retenus étant dysthymie et troubles anxieux sans précision et étant sans répercussion sur la capacité de travail. L'OAI maintient donc ses conclusions antérieures, à savoir que l'intéressé présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son atteinte à la santé somatique et qui respecte les limitations fonctionnelles découlant de cette atteinte (à savoir: pas de soulèvement ou de port de charges lourdes, pas de longs déplacements à pied sur des terrains en pente ou des escaliers, pas de surcharge de la hanche gauche). La comparaison des revenus sans invalidité (65'600 fr. en tant que chauffeur à plein temps) et avec invalidité (51'205 fr. 09 sur la base de l'ESS, compte tenu d'un abattement de 10%) donne un degré d'invalidité de 21.94%, qui n'ouvre pas le droit à la rente. Par ailleurs, des mesures professionnelles ne sont pas envisageables, pour des raisons qui ne sont pas directement liées à l'état de santé de l'assuré. Par conséquent, la demande est rejetée.

b) Le 3 décembre 2008, l'assuré a contesté ce projet de décision, en produisant des lettres adressées à son conseil par ses médecins traitants, le Dr M. _____ et le Dr F. _____.

La lettre du 5 janvier 2009 du Dr M. _____ a la teneur suivante:

"Comme vous le connaissez bien, Monsieur B. _____ souffre depuis 8 ans de douleurs des hanches, prédominance à gauche sur une arthrose secondaire à une dysplasie. Lors de la dernière

radiographie de contrôle, on constate une aggravation de la sclérose sous-chondrale et un début d'ossification des restes de bourrelet de la hanche gauche. Comme Monsieur B._____ n'est psychologiquement pas encore prêt pour une intervention chirurgicale, le Dr R._____ du service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV a proposé dans le premier temps de continuer le traitement conservateur. Une fois que des douleurs ne répondent plus aux traitements médicamenteux et que le périmètre de marche devient inférieur à 10 minutes, une arthroplastie sera rediscutée.

Sur le plan psychique, il est suivi par le Dr F._____, psychiatre pour une dépression et sous le traitement antidépresseur depuis des années. Le Dr F._____ vous enverra un rapport plus détaillé.

Comme il n'y a pas d'amélioration de son état de santé malgré un suivi médical global, le pronostic est donc défavorable. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail raisonnablement exigible est à 50%".

Dans sa lettre du 22 janvier 2009, le Dr F._____ a écrit ce qui suit:

"Les conclusions de l'expertise psychiatrique me paraissent concordantes avec l'état clinique du patient telle que je l'observe actuellement à ma consultation.

Mais, même si la pathologie psychiatrique actuelle de Monsieur B._____ n'entraîne pas, en elle-même, une invalidité partielle, on peut se demander si elle n'a pas d'effet défavorable quant au retentissement de ses différentes atteintes somatiques sur sa capacité de travail, par exemple en ce qui concerne la capacité du patient de composer avec ses douleurs chroniques.

En outre, certains points mériteraient peut-être d'être clarifiés, comme les discordances entre l'appréciation de la situation de ce patient lors de ses stages professionnels, tels qu'ils m'avaient été rapportés à l'époque par un des maîtres socioprofessionnels de l'atelier de Genève et tels qu'ils sont relatés dans l'expertise actuelle.

De surcroît, l'aggravation de la pathologie somatique, décrite par son médecin-traitant le Docteur M._____, n'a pas été prise en considération lors de l'élaboration du projet de décision de l'AI, qui paraît s'être basée sur des rapports datant de 2004. Cinq ans s'étant écoulés depuis lors et compte tenu des considérations médicales précitées, cette aggravation de l'état de santé du patient ne constitue-t-elle pas un fait nouveau justifiant un réexamen somatique par un spécialiste dans la perspective d'une évaluation réaliste de la capacité de travail actuelle de M. B._____".

c) Dans un avis médical SMR du 13 mars 2009, le Dr C._____, médecin-chef adjoint au SMR, a exposé ce qui suit:

"Le rapport du Dr M. _____ à Me Bloch du 05.02.2009 fait état d'une arthrose des hanches, prédominante à gauche, d'origine dysplasique. Radiologiquement, l'affection progresse.

Il s'agit d'une pathologie diagnostiquée depuis 1997 chez cet assuré, pour laquelle plusieurs interventions chirurgicales lui ont été proposées, qu'il a refusées. L'évolution actuelle est l'évolution normale d'une coxarthrose. Le Dr M. _____ estime la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, sans motiver son appréciation autrement que par l'absence d'amélioration. Pourtant il est médicalement évident qu'une arthrose en général ne peut évoluer de manière naturelle que vers l'aggravation. La seule possibilité de stopper cette évolution défavorable est l'implantation d'une prothèse de hanche. L'exigibilité d'une telle intervention est du ressort des juristes.

Une activité respectant les limitations fonctionnelles que nous avons retenue dans notre rapport du 18.05.2004 permet d'épargner au maximum les hanches en excluant toutes les activités contraignantes pour ces articulations. Quel que soit le degré de sévérité de la coxarthrose, les limitations fonctionnelles, qui sont déjà maximales, ne vont pas changer. L'exigibilité dans une activité adaptée à ces limitations n'a donc pas de raison d'être revue à la baisse. Sur le plan somatique, il n'y a aucune raison de pratiquer un nouvel examen spécialisé tant qu'il n'y a pas de fait médical nouveau.

Le rapport du Dr F. _____ à Me Bloch du 22.01.2009 admet les conclusions de l'expertise psychiatrique et reconnaît que la pathologie psychiatrique n'entraîne aucune invalidité partielle.

La détermination de la capacité de travail par les maîtres socio-professionnels n'est pas une appréciation médicale et ne peut donc pas être comparée avec l'exigibilité médicale. De ce fait, on ne peut pas évoquer une discordance entre deux notions de nature différente.

Les arguments somatiques allégués par le psychiatre ont déjà fait l'objet de mon commentaire ci-dessus. J'ajouterai que le seul fait que la dernière évaluation spécialisée date de plus de cinq ans ne saurait justifier un nouvel examen, s'agissant d'une affection dont l'évolution est parfaitement connue et prévisible.

[...]"

d) Le 23 mars 2009, l'OAI a rendu une décision identique à son projet de décision du 27 novembre 2008 (cf. lettre B.a supra).

C. a) Agissant par Me Jean-Pierre Bloch, avocat à Lausanne, l'assuré recourt contre cette décision par acte du 6 mai 2009. Il fait valoir qu'au regard des deux rapports médicaux qu'il produit en annexe à son

recours (soit un certificat du 22 avril 2009 du Dr M. _____ et un rapport de consilium du 15 avril 2009 du Dr R. _____, médecin-adjoint au département de l'appareil locomoteur du CHUV), la conclusion de l'OAI selon laquelle il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée "ne saurait être qu'infirmée". A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire destinée à déterminer son réel taux d'incapacité de gain, et sur le fond, il conclut à la réforme de la décision attaquée en ce sens que lui soit octroyée une rente d'invalidité calculée sur un degré d'invalidité de 50%.

A l'appui de son recours, l'assuré produit une lettre adressée le 22 avril 2009 à son conseil par le Dr M. _____, qui réitère largement les éléments déjà exposés dans sa lettre du 5 janvier 2009 (cf. lettre B.b supra). Il produit également un rapport de consilium adressé le 15 avril 2009 au Dr M. _____ par le Dr R. _____, qui indique que le patient marche beaucoup moins bien et qu'on peut désormais envisager, vu l'importance des plaintes, une arthroplastie totale de la hanche gauche.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 3 juillet 2009, l'OAI indique qu'en l'état du dossier, il n'a rien à ajouter à sa décision, qu'il ne peut que confirmer; il propose dès lors le rejet du recours.

c) Invité à déposer ses éventuelles observations complémentaires et à présenter ses réquisitions, le recourant, par courrier du 31 août 2009, produit un nouveau certificat médical du Dr M. _____ du 25 août 2009 confirmant les précédents rapports de ce médecin. Il produit également un certificat médical du Dr R. _____, du 20 août 2009, indiquant que l'assuré est connu du service d'orthopédie-traumatologie du CHUV depuis février 2007 pour une coxarthrose gauche sur dysplasie de hanches, limitant les efforts et douloureuse; actuellement, l'intéressé présente une coxarthrose gauche secondaire avancée entraînant des douleurs, une limitation fonctionnelle, une boiterie et nécessitant la prise

de médicaments lourds, soit Celebrex à fortes doses et Tramadol Mefa; du point de vue professionnel, on peut donc rétrospectivement dire que, durant ces deux dernières années, le patient ne pouvait pas avoir une activité lucrative dans un emploi lourd, avec ports de charges, marches, déplacements, terrains inégaux, sols mouillés, etc.

Le 1^{er} septembre 2009, le recourant produit encore un certificat médical du Dr F. _____ du 31 août 2009. Selon ce certificat, le recourant continue de présenter une symptomatologie correspondant à celle qui a été décrite par le Dr D. _____ dans son expertise du 27 mai 2008 et qui avait amenée cet expert à conclure à la présence d'une dysthymie (F 34.1 CIM-10) associée à un trouble anxieux sans précision (F 41.9 CIM-10); les considérations du Dr D. _____ concernant les diagnostics et leur impact sur la capacité de travail restent, aux yeux du Dr F. _____, actuellement valables.

d) Invité à se déterminer sur les courriers du recourant des 31 août et 1^{er} septembre 2009 et leurs annexes, l'OAI expose par écriture du 28 septembre 2009 que les pièces produites par le recourant n'amènent aucun élément permettant de remettre en cause sa position. En effet, dans ses rapports des 22 avril et 25 août 2009, le Dr M. _____ n'amène aucun élément objectif qui n'aurait pas été pris en compte par le SMR; il conclut à une capacité de travail exigible de 50 %, étant observé qu'il attestait déjà une incapacité de travail de 50 % en 2004. Le Dr R. _____ reprend quant à lui les diagnostics connus depuis plus de dix ans et décrit des limitations fonctionnelles qui correspondent parfaitement à celles retenues par le SMR en 2004; en outre, il ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Enfin, du point de vue psychiatrique, il renvoie aux conclusions de l'expertise du Dr D. _____, auxquelles s'est rallié le Dr F. _____, psychiatre traitant du recourant. L'OAI confirme dès lors intégralement ses conclusions.

e) Le 28 octobre 2009, le recourant produit une télécopie du Dr M. _____ du 28 octobre 2009 dont il résulte qu'il a été opéré le 13 octobre 2009 à l'Hôpital orthopédique pour la mise en place d'une

prothèse totale de la hanche gauche. Le 30 octobre 2009, le recourant produit un certificat médical du Dr R. _____ du 26 octobre 2009, dont il résulte que le recourant souffrait d'une coxarthrose gauche invalidante et qu'il a bénéficié le 13 octobre 2009 d'une arthroplastie totale de la hanche gauche; il faudra attendre entre trois et six mois pour pouvoir établir le bénéfice fonctionnel réel de cette intervention.

Le 26 novembre 2009, l'OAI observe que l'intervention subie par le recourant, en particulier les conséquences liées à la phase postopératoire, constitue un fait postérieur à la décision attaquée qui sera pris en compte dans le cadre d'une nouvelle demande, une fois le jugement dans la présente cause rendu ou le cas échéant le recours retiré.

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). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment) 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, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le

domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. 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 supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

2 **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si, comme l'a retenu l'OAI, le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c) Il sied de rappeler d'emblée que 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; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 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; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 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 98 consid. 4 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) 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^{er} 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. 16 LPGA, pour évaluer le taux 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.

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, 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.

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 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées).

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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

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).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations

d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43; TF 9C_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3; TF 8C_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; TF 8C_183/2007 du 19 juin 2008 consid. 3).

c) En l'espèce, sur le plan psychiatrique, le rapport d'expertise du Dr D. _____ du 27 mai 2008 (cf. lettre A.d supra), clair et complet, satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée. En effet, il se base sur une anamnèse complète, les pièces médicales figurant au dossier et se fonde sur des examens complets, une appréciation médicale claire ainsi que des conclusions étayées et dûment motivées. Ce rapport retient les diagnostics, n'ayant jamais eu de répercussion sur la capacité de travail, de dysthymie (F34.1) et de trouble anxieux sans précision (F41.9), et décrit clairement le caractère réactionnel de ces troubles par rapport aux atteintes somatiques. Aucun élément du dossier ne jette le moindre doute sur les conclusions de cette expertise, réalisée dans les règles de l'art. Au contraire, le psychiatre traitant du recourant, le Dr F. _____, a indiqué dans sa lettre du 22 janvier 2009 (cf. lettre B.b supra) que les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr D. _____ concordaient avec ses propres observations cliniques et que la pathologie psychiatrique de l'assuré n'entraînait pas en elle-même d'invalidité. Dans son dernier certificat médical du 31 août 2009 (cf. lettre C.c supra), le Dr F. _____ a encore confirmé que le recourant continuait de présenter une

symptomatologie correspondant à celle décrite par le Dr D._____ dans son rapport d'expertise du 27 mai 2008 et que les considérations de cet expert concernant les diagnostics et leur impact sur la capacité de travail restaient pleinement valables. Force est ainsi de constater que la capacité de travail du recourant n'est aucunement limitée sur le plan psychiatrique.

d) Sur le plan orthopédique, l'OAI avait mandaté le Dr T._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour une expertise orthopédique. Dans son rapport d'expertise du 1^{er} septembre 2003 (cf. lettre A.a supra), laquelle remplit toutes les conditions pour se voir accorder une pleine valeur probante et avait abouti à une décision de refus de rente du 21 octobre 2004 qui n'avait pas été contestée par l'assuré (cf. lettre A.b supra), cet expert a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de coxarthrose gauche symptomatique d'origine dysplasique - en précisant que le stade d'arthrose avait été atteint en 1997 et que depuis lors, l'évolution radiologique était très lente, voire stationnaire - et de dysplasie de la hanche droite asymptomatique; en raison de ces atteintes, l'assuré présentait des limitations pour soulever des charges lourdes, ainsi que pour effectuer des déplacements à pied, dans les terrains en pente ou dans les escaliers, toute surcharge de la hanche gauche engendrant une décompensation douloureuse et invalidante (voir aussi l'avis médical SMR du 18 mai 2004 établi par le Dr S._____; cf. lettre A.b supra).

Il résulte des pièces médicales au dossier que le diagnostic et les limitations fonctionnelles décrits par l'expert T._____ sont toujours valables et qu'il n'y a pas de nouvelle atteinte à la santé sur le plan somatique. Tout en faisant état d'une aggravation sur le plan radiologique, le Dr M._____, médecin traitant généraliste, dans sa lettre du 5 janvier 2009 (cf. lettre B.b supra), justifie son appréciation (inchangée) d'une capacité de travail exigible de 50 % dans une activité adaptée par l'absence d'amélioration de l'état de santé du recourant. Les certificats ultérieurs de ce médecin, des 22 avril 2009 et 31 août 2009 (cf. lettres C.a et C.c supra), n'apportent pas d'élément nouveau. On ajoutera également que le Dr M._____ est le médecin traitant de l'assuré, de sorte que son

avis doit être apprécié avec les réserves d'usage compte tenu de la jurisprudence précitée.

Dans son certificat médical du 20 août 2009 (cf. lettre C.c supra), le Dr R._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indique que le recourant est connu du service d'orthopédie-traumatologie du CHUV depuis février 2007 pour une coxarthrose gauche sur dysplasie de hanches, limitant les efforts et douloureuse, et qu'il présente une coxarthrose gauche secondaire avancée entraînant des douleurs, une limitation fonctionnelle, une boiterie et nécessitant la prise de médicaments lourds; ce praticien précise que du point de vue professionnel, on peut donc rétrospectivement dire que, durant ces deux dernières années, le patient ne pouvait pas avoir une activité lucrative dans un emploi lourd, avec ports de charges, marches, déplacements, terrains inégaux, sols mouillés, etc. Or ces limitations fonctionnelles correspondent à celles retenues en 2004 déjà (cf. lettre A.b supra), sur la base de l'expertise du Dr T.____ (cf. lettre A.a supra). Il ressort en effet de l'avis médical SMR du 13 mars 2009 du Dr C.____ (cf. lettre B.c supra) que l'évolution de l'arthrose des hanches, prédominante à gauche, d'origine dysplasique, dont souffre le recourant et qui a été diagnostiquée depuis 1997, est l'évolution normale d'une coxarthrose, qui ne peut être stoppée que par l'implantation d'une prothèse de hanche; dès lors que les limitations fonctionnelles décrites en 2004 déjà excluent toutes les activités contraignantes pour les articulations et ne changent pas quel que soit le degré de sévérité de la coxarthrose, l'exigibilité dans une activité adaptée à ces limitations n'a donc pas de raison d'être revue à la baisse. Ainsi, force est de constater, comme l'a fait le Dr C.____ dans son avis médical SMR du 13 mars 2009, qu'il n'y a aucune raison de pratiquer un nouvel examen spécialisé sur le plan somatique tant qu'il n'y a pas de fait médical nouveau, s'agissant d'une affection dont l'évolution est parfaitement connue et prévisible; le seul fait que la dernière évaluation spécialisée date de plus de cinq ans ne saurait justifier un nouvel examen.

e) Il ressort des pièces produites par le recourant – plus précisément d'une télécopie du Dr M. _____ du 28 octobre 2009 et surtout d'un courrier du Dr R. _____ du 26 octobre 2009 (cf. lettre C.e supra) – que celui-ci a bénéficié le 13 octobre 2009, soit plus de six mois après que la décision attaquée a été rendue, d'une arthroplastie totale de la hanche gauche, dont le bénéfice fonctionnel réel devait pouvoir être évalué trois à six mois après l'intervention. Comme le relève à juste titre l'OAI dans ses observations du 26 novembre 2009 (cf. lettre C.e supra), l'intervention subie le 13 octobre 2009 par le recourant, en particulier les conséquences liées à la phase postopératoire, constitue un fait nouveau qui ne peut être pris en compte dans le cadre du recours dirigé contre la décision du 23 mars 2009, mais devra l'être le cas échéant dans le cadre d'une nouvelle demande (cf. consid. 2c supra).

4. a) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant présentait, à la date déterminante où elle a été rendue (cf. consid. 2c supra), une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles – telles que retenues en 2004 déjà et qui sont demeurées inchangées depuis lors (cf. consid. 3d supra) –, qui lui permettait de mettre en valeur une capacité de gain excluant le droit à la rente. Par conséquent, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 23 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant B._____.
- 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 :

- Me Jean-Pierre Bloch, avocat à Lausanne (pour B._____)
- 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 :