

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 novembre 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : MM. Dind et Métral
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

B. _____, à Tannay, recourant, représenté par Me Alain Vuithier, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** B. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1954, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de dessinateur en génie civil, et occupant depuis août 1987 un poste de dessinateur industriel auprès des Services industriels de X. _____, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en date du 4 juin 2007, invoquant une maladie chronique existant depuis 1991.

b) Aux termes d'un questionnaire pour l'employeur complété le 19 juillet 2007, les ressources humaines des Services industriels de X. _____ ont indiqué que l'assuré avait connu des périodes d'incapacité de travail allant de 50% à 100% dès le 19 avril 2005, et que son taux d'activité avait été réduit à 50% à compter du 16 avril 2007 (cette situation ayant perduré par la suite, selon une correspondance de cet employeur du 8 avril 2009).

c) Interpellée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), la Dresse A. _____, médecin traitant de l'assuré au Service des maladies infectieuses des Hôpitaux [...] (ci-après : les Hôpitaux L. _____), a fait part de ses observations dans un rapport du 11 septembre 2007. A titre d'atteintes se répercutant sur la capacité de travail, elle a signalé une infection au virus de l'immunodéficience humaine [HIV ou VIH] traitée (remontant à 1986), une hépatite C [HCV] chronique avec cirrhose Child A, un état dépressif modéré (existant depuis 2005), ainsi qu'une porphyrie cutanée et une atteinte rénale. S'agissant des pathologies dépourvues d'impact sur la capacité de travail, elle a notamment mentionné une «*maladie coronarienne avec s/p pose de stent sur Circonflexe*» (depuis février 2002). Elle a indiqué que l'état de santé de l'intéressé était stationnaire, avec un bilan biologique dans la norme, une virémie HIV indétectable et une absence de perturbation des tests hépatiques. Elle a ajouté que le pronostic dépendait de l'hépatite C, dont le traitement était momentanément prétérité par un état dépressif sous-jacent. Par ailleurs, elle a relevé que l'activité habituelle de l'assuré

demeurait exigible à un taux de 50%, à concurrence de 4 heures de travail par jour, l'intéressé n'étant pas à même de se concentrer durant une journée entière. Enfin, la Dresse A._____ a produit les documents médicaux suivants :

- un rapport du 22 avril 2005 émanant du Dr O._____, psychiatre aux Hôpitaux L._____, faisant état d'un «*[é]pisode dépressif léger sans symptômes psychotiques ni idéation suicidaire chez un patient de 51 ans, ancien polytoxicomane, HIV et HCV positif, dans un contexte de rupture sentimentale*»;

- un rapport établi par la cardiologue R._____ le 13 octobre 2005, relatif à un test d'effort ergométrique cliniquement et électriquement négatif;

- un rapport du 19 octobre 2006 des Dr W._____ et P._____, de la Division de gastroentérologie et d'hépatologie des Hôpitaux L._____, exposant que l'assuré - lequel présentait une cirrhose sur hépatite C chronique (génotype 1A) et OH sans signes échographiques d'hypertension porte et sans influence hépato-cellulaire - s'opposait au traitement médicamenteux indiqué dans sa situation, en raison du taux de réussite partiel de celui-ci (entre 40% et 50%);

- un rapport de gastroscopie rédigé le 23 octobre 2006 par le Dr K._____, des Hôpitaux L._____, concluant à une gastrite avec multiples érosions antrales, à une hernie hiatale d'environ 3 cm, et à l'absence de varices oesophagiennes;

- un échange de courriels du 23 avril 2007 entre la Dresse A._____ et le Dr I._____, du Service de néphrologie des Hôpitaux L._____, dont il ressortait que l'assuré ne présentait pas d'altération de la fonction rénale, respectivement pas d'atteinte rénale documentée.

Le 24 avril 2008, l'OAI a demandé à la Dresse A._____ des précisions quant à l'état de santé psychique de l'assuré. Par écrit du 3 mai

2008, le Dr N._____, médecin interniste traitant de l'intéressé, a répondu que, sous l'angle psychiatrique, ce dernier souffrait d'un état dépressif chronique modéré, d'une ancienne toxicomanie, et d'une dépendance à l'alcool en sevrage depuis 2005. Il a précisé qu'actuellement l'assuré ne bénéficiait pas d'un suivi psychiatrique, un tel traitement ayant cependant été institué entre 2005 et 2006 avant d'être interrompu par le patient. Il a ajouté que l'intéressé présentait des limitations fonctionnelles sous forme de lipodystrophie sévère induite par la trithérapie anti-HIV (à l'origine d'une nette augmentation du périmètre abdominal et d'une fonte musculaire), de porphyrie cutanée récurrente et invalidante actuellement en amélioration sous traitement mais contre-indiquant le travail en extérieur, et d'asthénie marquée liée aux multiples pathologies somatiques et psychologiques. Enfin, le Dr N._____ a indiqué qu'aucun traitement psycho-actif n'était en cours, pour les motifs suivants : *«mauvaise tolérance aux anti-dépresseurs, problème d'interaction avec la trithérapie et problèmes liés à la l'hépatotoxicité chez un patient avec probable cirrhose sur hépatite C chronique et éthylysme»*.

Figurent également au dossier :

- un rapport du 20 juillet 2007 des Dresses Q._____ et Z._____, du Service de radiologie des Hôpitaux L._____, qualifiant de normale une échographie abdominale réalisée le jour précédent;

- un rapport 6 novembre 2007 des Dresses H._____ et J._____, du Service de dermatologie des Hôpitaux L._____, observant une évolution positive des atteintes cutanées de l'assuré (à savoir une porphyrie cutanée tardive connue depuis 2005 associée aux infections VIH et HCV, et une capillarite purpurique lichénoïde des membres inférieurs);

- un rapport du 28 janvier 2008 de la cardiologue R._____ relatif à un test d'effort ergométrique cliniquement et électriquement négatif, témoignant de la stabilisation de la situation cardiovasculaire depuis 2002, nonobstant l'existence de facteurs de risque (tabagisme

actif, élévation de l'homocystéine sous traitement, dyslipémie traitée, et anamnèse familiale positive);

- un rapport de «*consultation multidisciplinaire lipodystrophie*» du 31 janvier 2008 des Drs G._____, V._____ et H._____, des Hôpitaux L._____, constatant une importante lipo-hypertrophie abdominale probablement liée à la prise d'atazanavir, lipo-hypertrophie ayant légèrement régressé avant de se stabiliser suite à la modification de la médication antirétrovirale, cette adaptation ayant toutefois entraîné des effets secondaires sous forme d'insomnies tenaces;

- divers rapports d'analyses médicales datant de février et juillet 2008.

d) Aux termes d'un avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 9 septembre 2008, le Dr F._____ a considéré qu'au vu de la situation médicale ressortant du dossier, peu d'éléments objectifs permettaient de justifier une incapacité de travail de 50%. De ce fait, il a préconisé la mise en œuvre d'une expertise de médecine interne neutre.

e) En date du 10 décembre 2008, le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine interne, a réalisé une expertise médicale sur la personne de l'assuré. Dans son rapport du 12 décembre suivant, il a notamment fait état de ce qui suit :

"4. DIAGNOSTICS [...]

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

- Infection HIV au stade A2 sous trithérapie dès 2004 (diagnostic en 1991). B24
- Hépatite C chronique, cirrhose Child A (2003) B18.2

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- Lipo-hypertrophie dans le contexte d'une trithérapie HIV. E88. I
- Asthénie d'origine indéterminée.
- Porphyrie cutanée tardive (2005) E80.1
- Cardiopathie ischémique ; status après angioplastie stents en 2001 et 2002. I20
- Dyslipidémie traitée.

- Hyperhomocystéinémie.
- Tabagisme chronique.

5. APPRÉCIATION DU CAS ET PRONOSTIC

[...]

Rappel de l'histoire médicale

[...]

Les diverses périodes d'incapacité de travail existant depuis 2005, de l'ordre de quelques jours puis plus régulièrement en 2006 à partir du mois de mai 2006, sont essentiellement le fait de poussées de **porphyrie cutanée tardive**. [...]

Situation actuelle

Concernant l'infection HIV, la situation est stable immuno-virologiquement. Seuls les effets secondaires potentiels liés à la trithérapie sont présents, en particulier, sous forme de lipohypertrophie abdominale importante [...]. Il va de soi, cependant, que cette dernière ne détermine pas d'incapacité de travail.

La possibilité de troubles neuro-cognitifs associés au traitement d'efavirenz et en particulier sous forme d'insomnies, rendait peut-être compte de tout ou partie de cette asthénie. Le traitement d'Isentress actuel paraît mieux toléré.

Il faut également considérer la possibilité d'une fatigue chronique dans le cadre d'une hépatite C chronique non traitée avec forte répllication et cirrhose Child A. L'assuré n'envisage toujours pas de traitement même s'il est correctement orienté par rapport aux risques d'une telle décision. Il sait par exemple que cirrhose et cancer du foie consécutifs à l'hépatite C sont devenus la première cause de mortalité chez les patients atteints d'une infection VIH. De plus, la combinaison de PEG Interféron et de Ribavirine a été démontrée comme un traitement sûr et efficace de l'infection chronique à hépatite C chez des patients co-infectés par le HIV avec un taux de guérison de l'ordre de 30% pour le génotype 1. De plus, cette association a permis d'obtenir une amélioration histologique globale significative et un taux accru de survie. Il existe donc toujours théoriquement une indication à un tel traitement.

Quant à la situation cutanée, elle est plutôt favorable actuellement avec quelques nodules infiltrés notamment sur les [avant-bras] prurigineux et bien entendu excoriés et quelques lésions érythémato-papuleuses confluentes en plaques sur les jambes avec lichénification. Il est à relever également que le lichen plan (autre diagnostic différentiel) constitue également une manifestation extra-hépatique de l'hépatite C chronique et représente une affection également retrouvée dans la liste des altérations cutanées ou muqueuses liées au HIV.

Actuellement, la **cardiopathie ischémique** est stable sans récurrence d'angor depuis 2002. Il est à noter que les facteurs de risque cardio-

vasculaire ne sont pas ou insuffisamment traités avec poursuite du tabagisme.

Limitations fonctionnelles

La détermination de l'incapacité de travail, chez ce co-infecté sous trithérapie, ne peut finalement être jugée que subjectivement, seule l'asthénie chronique étant jugée handicapante. Cette fatigue chronique ainsi que les troubles cognitifs éventuellement associés permettent d'imaginer une diminution de rendement même dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire nécessitant des efforts de concentration.

L'assuré, qui ne présente pas actuellement de troubles thymiques, considère que sa situation de travail à mi-temps est optimale. Personnellement, je pense que dans l'activité déployée, sédentaire, il existe une exigibilité de 70%.

[...] Influences sur la capacité de travail

1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATÉS

Au plan physique

En raison d'une fatigue chronique, vraisemblablement à situer dans le contexte d'une co-infection HIV et HCV ainsi que de la trithérapie, il existe des limitations fonctionnelles sous la forme d'une incapacité à soutenir un effort durable, à porter des charges à répétitions et à assurer un horaire de travail régulier et complet.

au plan psychique et mental

L'assuré ne présente pas actuellement de trouble de l'humeur significatif. Il apparaît euthymique et n'a pas de suivi psychiatrique, ni de traitement à cet effet.

au plan social

Pas de difficulté.

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITÉ EXERCÉE JUSQU'ICI

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

La fatigue chronique associée à la co-infection HIV, hépatite C explique une intolérance aux efforts, au port de charges avec vraisemblablement une fluctuation, selon les jours, des capacités fonctionnelles. Globalement, une incapacité de travail à 30% me paraît justifiée dans le cadre d'une activité de dessinateur en génie civil et ce, compte tenu de probables troubles neuro-cognitifs induits, soit par les affections ou leur traitement.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Dans l'activité de dessinateur en génie civil, il existe une capacité de travail résiduelle de 70%.

Le maintien d'une capacité de travail à 70%, à long terme, ne peut pas être assuré au vu des co-morbidités potentiellement sévères de l'assuré.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui dans quelle mesure (heures par jour) ?

Oui, à 70%.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

La diminution de rendement a été intégrée à la diminution de la capacité de travail.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Une incapacité de travail a été signifiée, de manière intermittente, durant l'année 2005, quelques jours en avril, en mai et 3 semaines en novembre 2005. Une incapacité de travail à 100% a été signifiée dès le 08.05.2006 au 16.07.2006 avec un essai à 50% du 17.07.2006 au 30.07.2006 et incapacité de travail à 100% dès le 31.07.2006 au 15.04.2007 et 50% du 16.04.2007 jusqu'à actuellement.

Comme indiqué ci-dessus, je pense que cette détermination ne reçoit pas d'explication claire. Personnellement, j'estime que si l'incapacité de travail était justifiée en raison des lésions dermatologiques durant l'été et l'automne 2006, une reprise d'activité professionnelle, au moins à 70%, est exigible dès le printemps 2007. Ainsi, l'incapacité de travail pourrait être fixée à:

- 100% du 08.05.2006 au 16.07.2006
- 50% du 17.07.2006 au 15.04.2007
- 30% du 16.04.2007 à ce jour.

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

L'incapacité de travail est restée à 30%.

[..] Influences sur la réadaptation professionnelle

1. DES MESURES DE RÉADAPTATION SONT-ELLES ENVISAGEABLES ? SI NON, POUR QUELLES RAISONS ?

Non

Le travail effectué par l'assuré est adapté. Une autre activité ne permettrait pas d'augmenter cette capacité de travail.

2. PEUT-ON AMÉLIORER LA CAPACITÉ DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPÉ JUSQU'À PRÉSENT ?

Non.

[...]

3. D'AUTRES ACTIVITÉS SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE [L'ASSURÉ] ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Il existe des limitations fonctionnelles sous la forme d'une incapacité à soutenir un effort durable, à porter des charges à répétitions et à assurer un horaire de travail régulier et complet.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

70%.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

La diminution de rendement a été intégrée à la détermination de la capacité de travail."

f) Aux termes d'un rapport médical SMR du 26 mars 2009 reposant essentiellement sur les conclusions de l'expertise précitée, le Dr F. _____ a retenu les atteintes principales à la santé d'infection HIV stade A2 sous trithérapie, et d'hépatite C chronique avec cirrhose Child A. En revanche, il a considéré que les autres pathologies de l'assuré (lipodystrophie, porphyrie cutanée tardive, cardiopathie ischémique, dyslipidémie, hyperhomocystéinémie et tabagisme) n'étaient pas du ressort de l'Al. Cela étant, il estimait que l'intéressé - qui ne présentait aucun trouble thymique - disposait d'une capacité de travail exigible de 70% dans son activité habituelle, laquelle était adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir : fatigabilité).

i) Au cours d'un entretien téléphonique avec l'OAI le 24 juin 2009, l'assuré s'est déclaré incapable de travailler à plus de 50%, estimant que *«ce taux éta[i]t déjà un maximum. Il [était] exclu qu'il augmente son taux d'activité car il [était] déjà très content d'arriver à la situation actuelle et se sent[ait] bien moralement»*.

j) Dans un rapport du 17 juillet 2009, le Dr N. _____ a posé les diagnostics incapacitants d'infection HIV traitée (depuis 1986),

d'hépatite chronique avec cirrhose Child A, d'état dépressif modéré (depuis 2005), de lipohyperthrophie abdominale majeure secondaire au traitement anti-HIV (depuis 2008), de porphyrie cutanée (depuis 2007), de néphropathie protéinurique (depuis 2007) et de broncho-pneumopathie chronique obstructive [BPCO] modérée. En revanche, il a retenu que la maladie coronarienne remontant à 2002 était dépourvue d'impact sur la capacité de travail. Il a décrit une évolution médicale pour l'essentiel stable, soulignant toutefois que l'hépatite C chronique n'était pas traitée et que la lipopaccumulation avait récidivé entre juin et décembre 2008. Cela étant, il a exposé que l'assuré était soumis à des restrictions physiques dans son métier de dessinateur industriel, sous forme d'asthénie engendrant des «*difficultés de concentration pendant toute la journée*». De ce fait, il a retenu que le taux de capacité de travail exigible dans l'activité habituelle s'élevait à 50%. Il a notamment produit des comptes-rendus d'analyses médicales datant du 26 mai 2009, ainsi qu'un rapport de «*consultation multidisciplinaire lipodystrophie*» du 14 juillet 2009 émanant des Drs G._____, V._____, H._____ et S._____ des Hôpitaux L._____; ce dernier document diagnostiquait, d'une part, une maladie coronarienne, une cirrhose Child A sur hépatite C génotype 1A, une porphyrie cutanée traitée par hydroxichloroquine, une protéinurie persistante traitée par lisinopril, une BPCO modérée et un état dépressif modéré depuis l'été 2005, et constatait, d'autre part, une récurrence de la lipopaccumulation suite à un changement de médication, circonstance ayant motivé une nouvelle adaptation du traitement médicamenteux dès janvier 2009.

k) Par avis médical SMR du 23 juillet 2009, le Dr T._____ a relevé que le Dr N._____ avait évalué à 50% la capacité de travail dans son rapport du 17 juillet 2009, sans fournir d'élément médical nouveau et, par conséquent, sans avancer d'argument permettant de préférer son appréciation à celle de l'expert D._____.

B. **a)** En date du 30 juillet 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, motivé comme suit :

"Résultat de nos constatations :

Selon les renseignements médicaux en notre possession, nous constatons que vous présentez une incapacité de travail de façon continue depuis le 6 mai 2006.

Afin de déterminer votre capacité de travail raisonnablement exigible, nous avons sollicité une expertise médicale auprès du Dr [D. _____] à [...].

Il ressort de son expertise du 12 décembre 2008, qu'une capacité de travail de 70% peut être raisonnablement exigée de vous depuis le mois d'avril 2007 dans l'exercice de votre profession habituelle ainsi que dans des activités adaptées à votre état de santé.

Vous nous avez fait part de votre désaccord à ce sujet. En effet, vous vous estimez incapable de travailler à plus de 50%.

En tenant compte de votre capacité de travail raisonnablement exigible le droit à une rente de l'AI n'est pas ouvert. Par ailleurs, des mesures professionnelles n'auraient pas permis de réduire votre préjudice économique.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvre pas droit à une rente d'invalidité."

L'assuré a fait part de ses objections par acte du 17 août 2009. En substance, il a insisté sur son «*incapacité à travailler à plus de 50%*», a qualifié d'arbitraire l'expertise du Dr D. _____, et a requis la mise en œuvre d'une contre-expertise auprès d'un autre spécialiste.

Par avis médical SMR du 8 septembre 2009, les Drs F. _____ et C. _____ ont relevé que le simple fait que les conclusions de l'expert ne soient pas conformes aux attentes de l'assuré ne suffisait pas à justifier la mise sur pieds d'une contre-expertise.

b) Par décision du 16 septembre 2009, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'intéressé, pour les motifs exposés dans son projet du 30 juillet 2009.

Dans une lettre explicative du même jour, l'office a relevé que l'expertise du Dr D. _____ remplissait les conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter.

C. a) L'assuré a recouru le 10 octobre 2009 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. En substance, il souligne qu'il se trouve en incapacité de travail à 50% depuis avril 2007 «*sur indication médicale*», avec l'accord de son médecin traitant et du médecin-conseil de son employeur. Cela étant, il conteste l'appréciation du Dr D._____ évaluant à 70% la capacité résiduelle de travail. D'une part, il fait valoir qu'une reprise du travail à 70% pourrait influencer négativement sur sa santé et son efficacité professionnelle. D'autre part, il allègue que son traitement médicamenteux provoque des effets indésirables et diminue son énergie physique, le contraignant à limiter son activité professionnelle. A l'appui de ses dires, il produit trois certificats médicaux établis par le Dr N._____ les 19 juin, 14 août et 18 septembre 2009, attestant une incapacité de travail pour la période du 1^{er} juin au 30 septembre 2009.

b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 25 novembre 2009. Pour l'essentiel, l'office intimé considère que l'expertise du Dr D._____ est pleinement probante, et que l'avis du Dr N._____, médecin traitant, n'est pas susceptible de remettre en cause l'appréciation de l'expert.

c) Dans sa réplique du 8 mars 2010 rédigée par son avocat Me Alain Vuithier, le recourant conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité avec effet au 31 mai 2007 et au renvoi du dossier à l'OAI pour calcul de cette demi-rente. Dans sa motivation, il relève tout d'abord qu'il a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle à un taux de 50%, avec effet au 1^{er} novembre 2007. Cela étant, il soutient que les conclusions du Dr D._____ ne peuvent être suivies, dès lors que, sur la base de constatations médicales analogues à celles de cet expert, la Dresse A._____ et le médecin-conseil de son employeur ont retenu de manière «*parfaitement neutre et objecti[ve]*» une capacité résiduelle de travail s'élevant à 50% et non à 70%. Il ajoute que le Dr D._____ ne l'a ausculté qu'à une seule reprise durant une période extrêmement brève de

deux heures, et que ce médecin a insuffisamment motivé sa position quant à l'évaluation de la capacité de travail. Par ailleurs, il considère que le rapport d'expertise est incomplet sur le plan psychique, le Dr D. _____ n'ayant pas examiné l'état dépressif mentionné par les Drs A. _____ et N. _____. A titre de mesure d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire tendant à déterminer dans quelle mesure ses divers problèmes de santé affectent sa capacité de travail sur les plans physique et psychique. A l'appui de ses allégations, il produit divers documents relatifs à des stades antérieurs de la procédure, dont un écrit du 5 octobre 2007 de son employeur annonçant le versement d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle à un taux de 50% depuis le 1^{er} novembre 2007, ainsi qu'un rapport du Dr N. _____ du 30 novembre 2009 faisant état de ce qui suit :

"En ce qui concerne [l]a capacité de travail [de l'assuré], elle est à mon avis de 50% depuis avril 2007 pour les raisons détaillées ci-dessous. Il présente en effet plusieurs problèmes médicaux majeurs dont les principaux sont les suivants :

- Infection VIH connue depuis 1986, traitée par trithérapie depuis 2003, avec bon contrôle de la maladie VIH mais importante complication liée au traitement sous forme d'une lipo-accumulation abdominale, ayant nécessité de nombreux changements de traitement anti-viral et à l'origine d'une prise pondérale abdominale d'environ 15 [kg] en quelques mois en 2007. Actuellement le traitement anti-viral permet une stabilisation du poids uniquement mais pas un retour au poids habituel.
- Cirrhose sur hépatite C chronique et ancien éthylysme chronique. L'hépatite C est à l'origine d'une inflammation chronique du foie. Cette infection n'a malheureusement pas pu être traitée chez ce patient jusqu'à présent pour les raisons suivantes: manque d'efficacité du traitement dans cette situation, toxicité lié[e] au traitement en cas de cirrhose sous-jacente et nombreux effets secondaires du traitement.
- Porphyrie cutanée connue depuis 2005, avec poussée majeure en 2006, actuellement stable uniquement au prix d'une limitation majeure de l'exposition au soleil et d'une prise d'un traitement quotidien.
- Etat dépressif récurrent, épisode actuel discret à modéré, réactionnel aux multiples pathologies citées ci-dessus.
- Cardiopathie ischémique chronique stable.

[...]

En conclusion, les différents diagnostics mentionnés ci-dessus expliquent à mon avis la fatigue marquée que présente le patient et qui l'empêche de maintenir une activité professionnelle à 100% depuis plusieurs années. Au vu de ce qui précède, le patient présente une capacité de travail à 50%. Il est à mon avis très peu

probable que cette capacité de travail résiduelle s'améliore dans le futur."

d) Dans sa duplique du 22 mars 2010, l'OAI maintient sa position, tout en relevant que la durée d'un entretien entre l'expert et l'assuré n'est, selon la jurisprudence fédérale, pas révélatrice de la qualité ou de la valeur probante d'un rapport d'expertise. Pour le reste, l'intimé se réfère à un avis médical SMR du 16 mars 2010 établi par les Drs F. _____ et C. _____. Dans ce document, ces médecins observent tout d'abord que la règle en matière d'expertise veut que l'expert ne rencontre l'expertisé qu'à une seule reprise. Ils ajoutent, au surplus, que la primauté de l'avis de l'expert sur celui des médecins traitants est communément admise. Ils relèvent enfin que, contrairement à ce qu'allègue le recourant, le Dr D. _____ s'est exprimé sur l'état de santé psychique de celui-ci en page 10 de son rapport du 12 décembre 2008.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; 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 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours 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).

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'occurrence, est litigieux le point de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente AI.

3. 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 vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dont la teneur est identique à celle de l'ancien art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 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. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

c) 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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; 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

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 351, consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

4. a) Sur le plan somatique, la décision attaquée repose essentiellement sur le rapport d'expertise du Dr D._____ du 12 décembre 2008.

Cette expertise repose sur un examen personnel de l'assuré datant du 10 décembre 2008, sur les pièces médicales recueillies par l'OAI, ainsi que sur un entretien avec le Dr N._____, médecin traitant (cf. rapport d'expertise du Dr D._____ du 12 décembre 2008 p. 2). Dans son compte-rendu, l'expert résume dans un premier temps les circonstances de l'expertise ainsi les pièces médicales pertinentes figurant au dossier de l'office intimé (cf. *ibid.* p. 2 à 5). Il récapitule ensuite l'anamnèse de l'assuré, singulièrement l'anamnèse professionnelle, sociale et familiale, les antécédents personnels, et les affections actuelles (p. 6 à 8). Il expose en outre les plaintes et données subjectives de l'intéressé (p. 9 à 11) ainsi que les résultats de l'examen clinique pratiqué sur celui-ci («*status clinique*») (p. 11 à 14). Puis, il fait part de ses diagnostics en distinguant ceux ayant une influence sur la capacité de travail - à savoir une infection

HIV au stade A2 sous trithérapie, et une hépatite C chronique avec cirrhose Child A - de ceux dépourvus d'impact sur celle-ci (p. 15). Ces atteintes sont ensuite largement discutées par le Dr D._____ (p. 15 à 17), lequel clos son rapport en répondant aux questions soulevées par l'OAI essentiellement au sujet de la capacité de travail du recourant (p. 18 à 20). A cet égard, l'expert précise en particulier que l'assuré conserve une capacité de travail résiduelle de 70% dans son activité habituelle, laquelle s'avère adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir une incapacité à soutenir un effort durable, à porter des charges à répétition et à assurer un horaire de travail régulier et complet, cela en raison d'une fatigue chronique s'inscrivant vraisemblablement dans le contexte d'une co-infection HIV et HCV ainsi que d'une trithérapie; cf. p. 18 et 20 du rapport d'expertise).

Il apparaît ainsi que l'expertise du Dr D._____ comporte une étude approfondie des pièces du dossier ainsi qu'une anamnèse complète, tient compte des plaintes de l'assuré, se base sur un status clinique objectif, et se fonde sur une appréciation médicale claire et détaillée ainsi que sur des conclusions dûment étayées, de sorte qu'elle répond aux critères permettant de lui reconnaître valeur probante (cf. consid. 3c supra). Plus particulièrement, on ne saurait considérer que le compte-rendu du 12 décembre 2008 est insuffisamment motivé quant à la capacité résiduelle de travail estimée à 70% par le Dr D._____ - contrairement à l'avis du recourant qui soutient que cette motivation tient en trois lignes (cf. réplique du 8 mars 2010 p. 5 par. 2). En effet, l'expert a abondamment analysé l'éventuelle nature incapacitante des atteintes de l'assuré (cf. rapport du 12 décembre 2008 p. 15 à 20), procédant à un examen détaillé de chaque pathologie (cf. ibid. p. 16 et s.), pour en conclure que *«[l]a détermination de l'incapacité de travail [...] ne p[ouvai]t finalement être jugée que subjectivement, seule l'asthénie chronique étant jugée handicapante. Cette fatigue chronique ainsi que les troubles cognitifs éventuellement associés permettent d'imaginer une diminution de rendement même dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire nécessitant des efforts de concentration. [...] Personnellement, je pense que dans l'activité déployée, sédentaire, il existe une exigibilité de 70%»*

(cf. ibid. p. 17). On ne saurait, comme le fait l'assuré dans sa réplique (p. 5 par. 2), extraire de leur contexte quelques phrases conclusives comprises dans une appréciation circonstanciée de plusieurs pages et se contenter d'affirmer, sans plus ample argumentation, que celles-ci ne sont pas motivées (cf. dans ce sens TF 9C_34/2010 du 9 juillet 2010 consid. 4.2.2).

Enfin, s'agissant du grief par lequel l'assuré critique la valeur probante de l'expertise en raison de la brièveté de l'unique examen clinique réalisé par le Dr D._____, il convient de souligner que le rôle dévolu par la jurisprudence à un expert consiste à fournir une analyse neutre, ponctuelle et détaillée d'un cas particulier (cf. TF 9C_34/2010 précité loc. cit.). Il appartient ainsi à l'expert de se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (cf. TF 9CF_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 3.3 et TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et réf. cit.); la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré ne constitue donc pas un critère reconnu pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (TFA I 695/04 du 24 janvier 2006 consid. 4.1). En l'occurrence, force est de constater que la démarche du Dr D._____ correspond aux postulats posés par la jurisprudence quant au rôle d'un expert. Les griefs du recourant doivent donc être écartés.

b) A cela s'ajoute que l'appréciation du Dr D._____ n'est pas remise en cause par les rapports des autres médecins appelés à se déterminer sur la capacité de travail de l'assuré.

aa) Ainsi, le SMR s'est entièrement rallié à la position de l'expert D._____ (cf. avis médicaux SMR des 26 mars, 23 juillet et 8 septembre 2009 et du 16 mars 2010).

bb) Quant à la Dresse A._____, il convient tout d'abord de relever que cette dernière a été interpellée par l'OAI en sa qualité de médecin traitant ayant suivi l'assuré jusqu'en 2007 (cf. rapport de la Dresse A._____ du 11 septembre 2007 p. 2 point D.1; cf. rapport du Dr N._____ du 17 juillet 2009 p. 1 ch. 1.2). Conformément à la

jurisprudence fédérale en la matière (cf. consid. 3c supra), son point de vue ne peut dès lors être considéré comme «*parfaitement neutre et objectif*», contrairement à ce que prétend le recourant (cf. réplique du 8 mars 2010 p. 5 par. 1).

Cela étant, dans son rapport du 11 septembre 2007, la Dresse A._____ retient les atteintes se répercutant sur la capacité de travail d'infection au HIV, d'hépatite C chronique avec cirrhose Child A, de porphyrie cutanée et d'atteinte rénale; par ailleurs, elle évalue à 50% la capacité résiduelle de travail du recourant dans son activité habituelle, considérant que celui-ci ne peut se concentrer au-delà d'une telle durée de travail. Il appert ainsi que l'avis de la Dresse A._____ diverge de celui de l'expert D._____ (cf. consid. 4a supra). Il n'en reste pas moins qu'à l'appui de son appréciation, cette praticienne ne mentionne aucun élément pertinent dont l'expert n'aurait pas tenu compte dans son rapport du 12 décembre 2008. En d'autres termes, le médecin traitant se fonde sur sa propre appréciation de la situation, sans se référer au moindre indice concret susceptible d'étayer son point de vue au détriment de l'opinion du Dr D._____. On ajoutera, au surplus, que le rapport de la Dresse A._____ n'échappe pas à la critique. En effet, alors même que cette praticienne s'y réfère pour le moins laconiquement à une «*atteinte rénale*», il ressort néanmoins d'un échange de courriels du 23 avril 2007 joint à son constat (cf. let. B.c supra) qu'il n'existe aucune altération de la fonction rénale, respectivement aucune atteinte rénale documentée. Dans ces conditions, on ne saurait préférer l'avis – du reste très succinctement motivé – de la Dresse A._____ aux conclusions détaillées formulées par l'expert D._____ à la suite d'un examen approfondi de l'affaire.

cc) Le recourant se prévaut par ailleurs de l'opinion prétendument divergente du médecin-conseil de son employeur, lequel aurait évalué la capacité résiduelle de travail à 50% à l'instar de la Dresse A._____ (cf. réplique du 8 mars 2010 p. 5 par. 1). Aucun constat émanant de ce praticien n'ayant été versé au dossier, la Cour de céans n'est pas en mesure de vérifier les dires du recourant, qui en restent ainsi

au stade de pures allégations n'étant pas susceptibles d'entamer la valeur probante de l'expertise dûment étayée du Dr D._____.

Du reste, la Cour de céans souligne que l'OAI n'est pas lié par l'appréciation de la capacité de travail retenue par l'institution de prévoyance des Services industriels de X._____, attendu qu'il n'a pas participé à la procédure d'évaluation et ne peut dès lors se voir opposer la décision de cette institution.

dd) Figurent également au dossier trois avis émanant du Dr N._____, médecin traitant de l'assuré depuis 2007 (cf. rapport du 17 juillet 2009 p. 1 ch. 1.2).

Il sied tout d'abord de relever que, dans son constat du 3 mai 2008, le Dr N._____ n'a pas posé de diagnostic incapacitant sur le plan physique, pas plus qu'il n'a procédé à une évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Tout au plus a-t-il précisé que la lipodystrophie, l'asthénie et la porphyrie cutanée de l'intéressé étaient à l'origine de limitations fonctionnelles. A cet égard, il appert que ces facteurs ont par la suite été analysés en détail par le Dr D._____ dans son rapport d'expertise du 12 décembre 2008 (p. 15 à 17), examen au terme duquel l'expert a considéré que seule l'asthénie engendrait des limitations fonctionnelles chez l'assuré dans un contexte de co-infection HIV et HCV avec trithérapie. Il s'ensuit que rien dans le très sommaire constat du 3 mai 2008 ne permet d'écarter les conclusions dûment étayées du Dr D._____.

Cela étant, dans son compte-rendu du 17 juillet 2009, le Dr N._____ pose les diagnostics incapacitants d'infection HIV traitée, d'hépatite C chronique avec cirrhose Child A, de lipohypertrophie abdominale majeure secondaire au traitement anti-HIV, de porphyrie cutanée, de néphropathie protéinurique et de BPCO modérée. Dans son rapport du 30 novembre suivant, il retient les atteintes invalidantes d'infection VIH avec lipoaccumulation abdominale stabilisée, de cirrhose sur hépatite C chronique et ancien éthylysme chronique, de porphyrie

cutanée actuellement stabilisée, et de cardiopathie ischémique chronique stable. A la lecture de ce qui précède, il apparaît que les rapports précités contiennent des points de divergence, ce qui peut paraître pour le moins surprenant dans la mesure où ils émanent du même auteur. Ainsi, la néphropathie protéinurique et la BPCO mentionnées en tant qu'atteintes incapacitantes dans le rapport du 17 juillet 2009 sont absentes du compte-rendu du 30 novembre suivant. A cela s'ajoute que le Dr N._____ a tout d'abord considéré que la maladie coronarienne de l'assuré était dépourvue d'impact sur la capacité de travail (cf. rapport du 17 juillet 2009), avant d'adopter la position inverse s'agissant de la cardiopathie ischémique chronique stable de l'intéressé (cf. rapport du 30 novembre 2009). Il résulte de ces contradictions que les constats équivoques du médecin traitant ne sauraient l'emporter sur l'expertise claire et probante du Dr D._____, cela d'autant moins que le Dr N._____ ne se réfère à aucun point essentiel de l'affaire que l'expert aurait méconnu dans son examen approfondi. En particulier, la description par le Dr N._____ des diverses pathologies somatiques dont souffre le recourant est en substance superposable à celle effectuée par le Dr D._____ dans son rapport d'expertise. Tout au plus convient-il de souligner ici que le rapport de «*consultation multidisciplinaire lipodystrophie*» des Hôpitaux L._____ du 14 juillet 2009 - dont le Dr N._____ s'est vraisemblablement inspiré pour son constat du 17 juillet suivant - n'est pas non plus susceptible de mettre en doute l'appréciation du Dr D._____. D'une part, ce compte-rendu est essentiellement axé sur les problèmes lipodystrophiques de l'assuré, lesquels ont amplement été pris en compte dans le rapport d'expertise du 12 décembre 2008. D'autre part, ce constat se contente d'énoncer des diagnostics sans aucun développement médical objectif, ni aucune évaluation du caractère incapacitant des troubles mentionnés.

Pour ce qui est plus particulièrement de la capacité résiduelle de travail, le Dr N._____ estime de manière constante - nonobstant les variations évoquées ci-dessus en matière de diagnostics incapacitants - que le recourant est en mesure d'exercer à 50% son activité habituelle, considérée comme adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. rapports des 17 juillet et 30 novembre 2009). Le médecin traitant se limite toutefois

à avancer sommairement sa propre appréciation de la situation, sans étayer son point de vue par des preuves objectives concrètes dont l'expert n'aurait pas eu connaissance, ni mentionner d'élément décisif justifiant de s'écarter de la capacité résiduelle de travail fixée à 70% par le Dr D._____. Il convient donc là encore de donner la préséance à l'analyse approfondie et détaillée effectuée par l'expert D._____.

c) Par conséquent, il faut admettre que l'OAI pouvait légitimement retenir, sur la base de l'expertise du Dr D._____, que le recourant présentait une capacité résiduelle de travail de 70% dans son activité habituelle, en raison d'une fatigue chronique s'inscrivant dans le contexte d'une co-infection HIV et HCV avec trithérapie.

5. Sur le plan psychiatrique, le recourant se prévaut d'un état dépressif attesté par les Drs A._____ et N._____, mais soi-disant ignoré par l'expert D._____.

a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

b) Quoi qu'en dise le recourant, le Dr D._____ a bel et bien analysé la situation sous l'angle psychique dans son rapport d'expertise du 12 décembre 2008. A cet égard, ce médecin a relevé l'absence de trouble de l'humeur, d'idées suicidaires, de baisse de l'élan vital, et

d'anhédonisme. Il a souligné toutefois que l'assuré nourrissait un sentiment d'amertume en analysant son existence mise en échec par ses erreurs de jeunesse, considérant qu'après ses errances de toxicomanie et l'annonce de sa séropositivité, il s'était toujours estimé en sursis, n'osant s'engager tant professionnellement qu'affectivement, et vivant au jour le jour sans élaborer de projets, ni faire part de sa séropositivité à son entourage, dont il craignait une réaction de rejet (cf. rapport d'expertise du 12 décembre 2008 p. 10). Cela étant, l'expert D. _____ a retenu que le recourant ne présentait pas de trouble de l'humeur significatif, qu'il était euthymique et qu'il n'avait pas de suivi psychiatrique, ni de traitement à cet effet (cf. ibid. p. 18). Dans ces conditions, l'expert a donc considéré que l'assuré ne présentait pas d'atteinte incapacitante du point de vue psychique.

c) Certes, les Drs A. _____ et N. _____ sont d'avis que le recourant souffre d'un état dépressif modéré remontant à 2005 et influant sur la capacité de travail (cf. rapports des 11 septembre 2007 [p. 1], 3 mai 2008 [p. 1] et 17 juillet 2009 [p. 1]). L'existence de ce trouble a également été attestée par les médecins - dont aucun toutefois n'est psychiatre - de la consultation multidisciplinaire en lipodystrophie des Hôpitaux L. _____ (cf. rapport de «*consultation multidisciplinaire lipodystrophie*» du 14 juillet 2009 [p. 1]), étant précisé que ces derniers ne se sont cependant pas prononcés sur la nature incapacitante de l'atteinte. Par ailleurs, selon le Dr N. _____ (cf. rapports des 17 juillet [p. 1 ch. 1.4] et 30 novembre 2009 [p. 1]), ce trouble serait réactionnel aux affections somatiques.

L'appréciation de ces praticiens ne repose toutefois pas sur des éléments objectifs et concrets du dossier, respectivement sur l'appréciation d'un spécialiste en psychiatrie. Au contraire, les pièces du dossier plaident en faveur de l'absence de trouble psychique incapacitant.

Ainsi, dans son rapport du 22 avril 2005, le Dr O. _____ - seul médecin psychiatre à s'être prononcé sur le cas de l'assuré - a retenu que l'intéressé faisait à cette époque l'objet d'un épisode dépressif léger sans symptômes psychotiques ni idéation suicidaire, dans un contexte de

rupture sentimentale. Il est douteux qu'un tel trouble ait pu influencer significativement sur la capacité de travail de l'assuré. Quoi qu'il en soit, ce dernier s'est vraisemblablement remis de cette rupture, puisqu'il s'est ultérieurement engagé dans une nouvelle relation amoureuse (cf. rapport d'expertise du Dr D._____ du 12 décembre 2008 p. 7). Partant, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'épisode dépressif léger de l'assuré se soit inscrit sur le long terme. A tout le moins, le contexte particulier ayant contribué à ce trouble n'était à l'évidence plus donné au moment de la décision litigieuse. A cela s'ajoute que le recourant n'a jamais été suivi par un psychiatre, exception faite d'une tentative entre 2005 et 2006 qu'il a interrompue de son propre chef (cf. constat du 3 mai 2008 du Dr N._____). En outre, bien qu'il ne soit pas sous traitement psycho-actif pour des motifs médicaux (cf. ibid.), rien au dossier n'incite à croire qu'un tel traitement lui serait administré si sa santé le permettait. Il est à cet égard significatif de relever qu'à l'occasion d'un entretien téléphonique avec l'OAI le 24 juin 2009, le recourant a précisé qu'il se sentait bien moralement (cf. let. A.i supra). On observe enfin que les conclusions de la psychologue figurant dans le rapport de «*consultation multidisciplinaire lipodystrophie*» du 31 janvier 2008 (p. 3), selon lesquelles l'assuré vit au jour le jour en ayant conscience des côtés positifs et négatifs, sont somme toutes superposables aux constatations formulées par l'expert D._____ dans son compte-rendu du 12 décembre suivant (p. 10). Dans ces conditions, force est de constater que les éléments du dossier corroborent la thèse du Dr D._____ dont il appert que le recourant ne présente pas de troubles psychiques incapacitants. Il s'ensuit que sur ce point également, le rapport d'expertise du 12 décembre 2008 apparaît pleinement probant (cf. consid. 4a supra).

d) Il découle de ce qui précède que c'est à juste titre que le SMR - et corollairement l'OAI - s'est fondé sur l'appréciation du Dr D._____ pour retenir que l'assuré ne souffrait pas de troubles psychiques se répercutant sur la capacité de travail.

6. Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas

lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, telle que requise par le recourant. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

7. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a considéré que le recourant conservait une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle, considérée comme adaptée à ses limitations fonctionnelles. Partant, la Cour de céans ne peut que constater, à l'instar de l'office intimé, que le degré d'invalidité du recourant se confond avec celui de son incapacité de travail dans l'activité habituelle, à savoir 30% (cf. TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010; cf. TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6 et I 605/01 du 8 juillet 2002 consid. 3), taux qui apparaît insuffisant pour ouvrir le droit à une rente AI.

C'est le lieu de relever, au demeurant, que de l'avis du Dr D. _____ (cf. rapport d'expertise du 12 décembre 2008 p. 18 ch. 2.2), *«[l]e maintien d'une capacité de travail à 70%, à long terme, ne peut pas être assuré au vu des co-morbidités potentiellement sévères de l'assuré»*. Dès lors, si d'aventure l'évolution de l'état de santé de l'assuré devait effectivement s'avérer négative, il appartiendrait, le cas échéant, au recourant d'introduire auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations dûment étayée, sans qu'il ne soit toutefois préjugé ici de l'issue d'une telle requête.

8. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

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 1'000 fr. (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
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 16 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, à concurrence de 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alain Vuithier (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :