

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> décembre 2009

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : Mme Rossier et M. Bidiville, assesseurs  
Greffière : Mme Trachsel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à Aigle, recourant, représenté par Me Laure Chappaz, avocate,  
audit lieu,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-  
après : l'OAI), à Vevey, intimé.

---

**Art. 6 LPGA, art. 7 LPGA et art. 8 LPGA**

## **E n f a i t :**

**A.** P.\_\_\_\_\_, ressortissant macédonien, né le 1<sup>er</sup> juin 1966, travaillait en qualité de livreur-magasinier auprès de l'entreprise [...], depuis le mois de février 1989, lorsqu'il a été victime d'une fracture de l'aile iliaque gauche, le 12 mars 1991. Au mois d'octobre 1992, il a repris l'exercice d'une activité professionnelle, en tant que chauffeur-livreur, auprès de différents employeurs. Le 6 juillet 1994, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), tendant à l'octroi de mesures de reclassement professionnel.

Par décision du 6 novembre 1998, l'OAI a mis P.\_\_\_\_\_ au bénéfice d'une demi-rente simple d'invalidité, assortie des rentes complémentaires correspondantes, à partir du 1<sup>er</sup> octobre 1997, le taux d'invalidité de l'intéressé ayant été estimé à 50 %. L'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances, qui, par jugement du 24 septembre 1999, a admis le recours et renvoyé le dossier à l'OAI pour qu'il en complète l'instruction en ordonnant une expertise médicale auprès du Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) et rende telle nouvelle décision que de droit.

**B.** Se référant à deux nouvelles expertises ordonnées lors de la reprise de l'instruction, à savoir une expertise du COMAI du 20 septembre 2001 et une expertise du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) du 23 octobre 2002 détaillées ci-dessous (cf. infra p. 5-6 et 7-8), l'OAI a, par décision du 3 décembre 2004, admis que le droit à un quart de rente d'invalidité était ouvert pour la période allant du 1<sup>er</sup> octobre 1997 au 31 octobre 2002 et que les conditions économiques étaient réalisées pour le versement d'une demi-rente en lieu et place d'un quart de rente, les bases de calcul de la rente demeurant les mêmes que celles établies dans la décision du 6 novembre 1998. L'office intimé a relevé que l'assuré avait continué à recevoir une demi-rente d'invalidité pour la période allant du 1<sup>er</sup> novembre 2002 au 31 juillet 2003, que cette prestation équivalente à 10'760 fr. avait été versée à tort, mais que la remise de l'obligation de

restituer était accordée pour ce montant, d'une part, puisque la bonne foi de l'intéressé ne pouvait être contestée, d'autre part, puisque l'examen de sa situation économique avait révélé que ses dépenses supplémentaires étaient supérieures à ses revenus déterminants, ce qui avait pour conséquence que la charge trop lourde était également réalisée.

Par acte du 20 décembre 2004, complété le 21 avril 2005, P.\_\_\_\_\_ a formé opposition contre cette décision, sollicitant l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le terme des mesures de réadaptation professionnelle. A l'appui de son opposition, l'assuré a produit une expertise privée établie le 6 avril 2005 par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui posait les diagnostics d'arthrose unco-vertébrale ébauchée C4-C5 C5-X6, de contractures et myalgies cervico-scapulaires gauches, de lombalgies chroniques, de discopathie L2-L3, de conflit coxofémoral bilatéral douloureux à gauche, d'état après fracture de l'aile iliaque gauche et d'instabilité post-traumatique de la cheville antéro-externe gauche. En ce qui concerne la capacité de travail, ce praticien expliquait que compte tenu des constatations faites, les plaintes de l'expertisé étaient justifiées, que les absences multiples pendant l'évaluation professionnelle (chez [...]) s'expliquaient par la pathologie constatée et qu'il paraissait difficile, voire impossible, de pouvoir proposer une activité adaptée exigible compte tenu de l'état de santé actuel. En revanche, en cas de succès des traitements prodigués, il estimait que les activités de magasinier et de chauffeur-livreur seraient dès lors possibles, éventuellement avec certaines restrictions et qu'au vu de l'âge de l'expertisé, un reclassement professionnel était possible si la profession antérieure n'était plus envisageable.

Par décision sur opposition du 15 février 2006, l'OAI a confirmé sa position, selon laquelle l'amélioration de l'état de santé de l'assuré, à partir du mois d'octobre 2002, permettait à ce dernier d'exercer une activité lucrative adaptée en plein, et que cela justifiait la suppression de la rente.

**C.** Par acte du 21 mars 2006, P.\_\_\_\_\_, se fondant pour l'essentiel sur l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_, a recouru contre cette dernière décision auprès du Tribunal des assurances, concluant à son annulation et à ce qu'il soit reconnu bénéficiaire d'une rente entière d'invalidité, avec effet dès le terme des mesures de réadaptation professionnelle, les frais d'expertise extrajudiciaire de 3'630 fr. 85 étant mis à la charge de l'intimé. Par jugement rendu le 22 mars 2007 (TASS VD AI 51/06 - 67/2007), le Tribunal des assurances a rejeté ce recours dès lors que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée, à partir du mois d'octobre 2002 au moins, le droit au quart de rente étant supprimé dès la fin de ce mois-ci. Les conditions de la révision du droit à la rente étant réalisées, le Tribunal des assurances a confirmé la décision sur opposition prise par l'OAI le 15 février 2006.

**D.** Le 14 mai 2007, P.\_\_\_\_\_ a interjeté recours en matière de droit public contre ce jugement auprès du Tribunal fédéral, en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet dès le terme des mesures de réadaptation professionnelle, les frais d'expertise extrajudiciaire du Dr S.\_\_\_\_\_, datés du 6 avril 2005, d'un montant de 3'630 fr. 85 étant mis à la charge de l'OAI, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction en la forme d'une expertise complémentaire à confier à un médecin indépendant en la personne du Dr [...], les frais d'expertise extrajudiciaire du Dr S.\_\_\_\_\_, datés du 6 avril 2005, d'un montant de 3'630 fr. 85 étant mis à la charge de l'OAI.

Par arrêt du 27 mai 2008 (TF 9C\_266/2007), le Tribunal fédéral a annulé le jugement de l'autorité cantonale du 22 mars 2007, en lui renvoyant le dossier pour qu'elle rende une nouvelle décision en procédant à une correcte appréciation des pièces médicales, et, le cas échéant, après instruction complémentaire dès lors que le rapport d'expertise du SMR (Service médical régional AI) était contresigné par la Dresse E.\_\_\_\_\_ avec la mention « psychiatre FMH ».

**E.** Au vu des conclusions du Tribunal fédéral, la juridiction cantonale a confié un mandat d'expertise au Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, d'une part, et au Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, d'autre part.

Dans un rapport du 27 novembre 2008, le premier spécialiste observe que l'expertisé se présente comme un homme soigné qui parle un excellent français, qui collabore bien à l'investigation et qui se montre affable, souriant et animé, sans anxiété particulière, ni tristesse. L'impression globale est celle d'un sujet euthymique qui vit la situation actuelle comme injuste, étant persuadé qu'il est invalide et qu'il a dès lors droit à une compensation. L'expert exclut le diagnostic de trouble dépressif et de syndrome douloureux somatoforme persistant. En effet, le sujet fait état de troubles mnésiques que le spécialiste décrit comme peu importants et pas objectivés lors de l'évaluation clinique. L'estime de soi est par ailleurs bien conservée. L'expert précise en outre que l'épisode dépressif moyen soulevé dans l'expertise du COMAI du 20 septembre 2001 n'a plus été retenu lors de l'examen réalisé par le SMR le 23 octobre 2002 ; si ce diagnostic était bien mentionné dans le texte, il était toutefois suivi de la spécification "en rémission complète". L'expert exclut également le syndrome somatoforme douloureux persistant, la détresse requise pour le diagnostic n'étant pas remplie ; en effet, l'assuré est bien inséré dans sa famille et dans la vie de tous les jours, il est remarquablement bien acculturé en Suisse et ne présente pas de trouble psychiatrique, en particulier pas d'état dépressif. Au vu de ces éléments et de l'évolution actuelle, l'expert mandaté ne retient aucune pathologie psychiatrique au jour de l'expertise, ni d'incapacité de travail sur ce plan, la pathologie étant en rémission depuis fin 2002.

Dans un rapport du 26 novembre 2008, le Dr J.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de coxarthrose gauche modérée post-traumatique (M 16.5), de lombalgies banales (M 54.5) et de discrète instabilité ligamentaire de la cheville gauche (M 24.2). Sans répercussion sur la capacité de travail, il relève également l'ébauche d'uncarthrose cervicale (M 47.8). Il fonde sa propre appréciation de l'exigibilité professionnelle en

s'appuyant sur les conclusions des diverses expertises mises en œuvre depuis l'accident du recourant en 1991. Il constate tout d'abord que pour les médecins du COMAI (expertise du 20 septembre 2001), seuls les diagnostics psychiatriques (trouble somatoforme douloureux et état dépressif moyen persistant) avaient une répercussion sur la capacité de travail, les seules limitations somatiques mises en évidence étant l'absence de travaux lourds et de port de charges. Le Dr J.\_\_\_\_\_ observe ensuite que le second examen bi-disciplinaire du SMR du 23 octobre 2002, effectué par le Dr X.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, pour le volet rhumatologique mettait en évidence des lombalgies communes et un status après fracture verticale de l'aile iliaque gauche avec une très discrète coxarthrose gauche secondaire. Cet examen rendait compte de limitations somatiques, telles que la possibilité d'alterner une ou deux fois par heure la position assise et debout, le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 15kg, les travaux en porte-à-faux statique prolongé du tronc, les travaux en position accroupie ou impliquant des déplacements réguliers prolongés, notamment dans les escaliers ou sur des échafaudages. Selon ces médecins, pour des activités respectant ces limitations, une capacité de travail entière restait exigible. Finalement, le Dr J.\_\_\_\_\_ s'est également appuyé sur l'analyse médicale effectuée par le Dr S.\_\_\_\_\_, le 6 avril 2005, qui avait posé les diagnostics d'arthrose unco-vertébrale ébauchée C4-C5 et C5-C6 avec contractures cervico-scapulaires gauches, de lombalgies chroniques, de discopathie L2-L3, de conflit coxo-fémoral bilatéral, douloureux à gauche, d'état après fracture de l'aile iliaque gauche et d'instabilité post-traumatique de la cheville antéro-externe gauche, qui avait proposé des interventions chirurgicales pour le problème de la hanche gauche et de la cheville gauche et qui avait considéré qu'en cas de réussite de ces interventions, la capacité de travail de l'assuré devrait être réévaluée et qu'un reclassement professionnel serait possible dans une activité adaptée. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a dès lors conclu que les activités habituelles de chauffeur-livreur n'étaient plus exigibles et qu'au vu des limitations parfaitement définies par le SMR dans son examen du 23 octobre 2002, une capacité de travail entière était exigible, ce même en retenant les trois nouveaux diagnostics posés par le Dr S.\_\_\_\_\_, dans la mesure où ces limitations tenaient largement compte

d'une ébauche d'arthrose cervicale, d'une coxarthrose modérée avec conflit coxo-fémoral et d'une légère instabilité de la cheville gauche.

**F.** Les parties ont été invitées à se déterminer sur les conclusions de ces deux nouvelles expertises. Le 6 février 2009, l'OAI, se référant à l'avis du 16 décembre 2008 du Dr D. \_\_\_\_\_ du SMR, s'est rallié à l'avis des deux experts. Dans ses déterminations du 5 mars 2009, le recourant a maintenu les conclusions de son recours du 21 mars 2006.

Le 21 juillet 2009, le recourant a produit un courrier adressé le 20 juin précédent à son conseil par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont la teneur est la suivante :

"En réponse à votre demande du 22 avril 2009, j'ai revu le patient pour une troisième fois le 30.06.2009 pour un réexamen et analyse de son dossier en ce qui concerne sa capacité de travail car lors des 2 premières consultations, il s'agit de poser le diagnostic et proposer des solutions thérapeutiques.

Après analyse du dossier, en réponse à vos questions :

**Selon vous, quelle est aujourd'hui la capacité de travail de votre patient?**

Dans son activité de mécanicien de précision, il est clair qu'il est incapable à 100% car la position assise n'est pas tenue plus de 20 à 30 min et le patient doit constamment balancer d'un appui D - G et vice versa. En tout cas, je l'ai aussi constaté durant la consultation.

**Dans la mesure où il en existe une, quel type d'activité peut-il exercer ?**

Vu le handicap, il faudrait s'orienter vers une activité avec alternance assis, debout et marche, sans pression notable au travail et dans un cadre où le patient peut lui-même gérer son temps de travail. Par exemple, en tant que coursier léger avec de petites distances, à parcourir ou surveillant, Monsieur P. \_\_\_\_\_ pourrait exercer cette activité à 50 %.

Ceci correspond à ce que je retrouve dans le dossier. Un rapport d'expertise qui mentionne que le 25.08.1997, le patient présentait des absences allant de 30-55 et 96%..."

Dans ses déterminations du 10 août 2009, l'OAI, constatant que ce dernier rapport ne remettait pas en cause les conclusions du rapport d'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_, s'est rallié à l'avis médical du Dr D. \_\_\_\_\_ du SMR établi le 5 août 2009 et a conclu implicitement au rejet du recours de P. \_\_\_\_\_.

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

**1.** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 fr., la présente cause est de la compétence de la cour composée de trois magistrats (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD a contrario ; art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire, RSV 173.01]).

**2. a)** La cause découle du renvoi ordonné par la juridiction fédérale, qui reproche à l'autorité de céans de ne pas avoir procédé à la constatation des faits permettant de statuer en connaissance de cause sur le présent litige, en ce sens qu'il en résulte un état de fait incomplet constitutif d'une violation du droit matériel. La cause ayant été renvoyée à la juridiction cantonale pour nouveau jugement, cas échéant instruction complémentaire dès lors que le rapport d'expertise du SMR avait été contresigné par la Dresse E. \_\_\_\_\_ avec la mention « psychiatre FMH », il s'agira donc d'apprécier la capacité de travail, respectivement l'invalidité du recourant au regard des nouvelles mesures d'instruction.

**b)** En l'espèce, le jugement du 22 mars 2007 se fondait essentiellement sur le rapport d'expertise du COMAI (Centre d'observation médicale de l'assurance invalidité) du 20 septembre 2001 et sur celui du SMR du 23 octobre 2002. Sur le plan psychiatrique, le premier rapport retenait le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de lombo-pseudo-sciatalgies gauches et de douleurs de la cheville gauche, ainsi que d'état dépressif moyen avec syndrome somatique. Il mettait en évidence des limitations fonctionnelles telles que le port de

charges, les travaux lourds, la motivation et d'autres vécus douloureux. La capacité de travail attestée était inférieure à 30 % dans l'ancienne activité de magasinier-chauffeur-livreur et de 50 % dans une activité adaptée. De l'examen effectué par les médecins du SMR le 23 octobre 2002, il ne ressortait bien plutôt ni maladie psychiatrique, ni trouble de la personnalité morbide, ni limitations fonctionnelles de ce point de vue. Ainsi, une diminution de la capacité de travail du point de vue psychiatrique ne se justifiait plus. L'examen clinique mettait encore en évidence les plaintes de l'assuré, expliquées par un mécanisme physiopathologique, et les composantes objectives, sans composante psychogène.

Au vu de cette seconde expertise, le Tribunal des assurances avait considéré, dans son jugement du 22 mars 2007 (TASS VD, AI 51/06 - 67/2007), que le recourant ne souffrait plus du syndrome somatoforme douloureux, ni de l'état dépressif moyen avec syndrome somatique retenus par les experts du COMAI, ce dernier trouble ayant été considéré comme en rémission complète par les médecins du SMR, le 23 octobre 2002. L'absence d'une prise en charge psychiatrique et d'un traitement médicamenteux psychotrope démontrait d'autre part que le trouble psychiatrique ne pouvait ainsi pas être retenu.

En outre, le Tribunal des assurances n'avait pas remis en question les constatations cliniques, fonctionnelles et radiologiques de l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_, produite le 6 avril 2005, et sur laquelle le recourant se fondait à l'appui de son opposition et en procédure de recours. Il avait admis par ailleurs que le recourant souffrait bien de diverses douleurs de nature musculo-squelettique et que seules les conclusions posées par les auteurs des investigations différaient. Sans procéder à une appréciation matérielle de l'état de santé du recourant, il s'était donc rallié aux conclusions de l'OAI, à savoir que c'est à juste titre que ce dernier avait été mis au bénéfice d'un quart de rente invalidité pour la période allant du 1<sup>er</sup> octobre 1997 au 31 octobre 2002, date à laquelle dite rente avait été supprimée.

**3.** Il convient d'emblée d'écarter les conclusions prises par la Dresse E. \_\_\_\_\_ qui a signé son rapport en tant que "psychiatre FMH", alors qu'il est constant qu'à la date de signature dudit rapport, à savoir le 25 octobre 2002, elle n'était pas autorisée à pratiquer à titre indépendant, faute d'être titulaire du titre de psychiatre FMH, ni à titre dépendant, faute d'être au bénéfice d'une autorisation de pratiquer, qui ne lui a été délivrée que le 24 novembre 2006 (TASS VD, AI 231/07 - 104/2008 du 4 mars 2008, consid. 3a ; TASS VD, AI 352/07 - 35/2008 du 9 janvier 2008, consid. 3b). Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, le rapport du SMR, signé le 25 octobre 2002, était par conséquent entaché d'un vice dirimant qui n'a pas été corrigé par la signature d'un médecin autorisé, ne serait-ce même que par sa cosignature (TF I 65/07 du 31 août 2007, confirmé par les arrêts I 47/07 du 26 septembre 2007, I 594/06 du 10 octobre 2007, I 1055/06 du 30 octobre 2007 et I 51/07 du 18 février 2008 ; TF I 781/06 du 29 octobre 2007, ad TASS VD, AI 130/05 - 105/2006 du 26 avril 2006).

En revanche, comme on le verra ci-dessous, c'est à juste titre que l'office intimé a accordé valeur probante au rapport d'expertise du COMAI du 20 septembre 2001, celui-ci se fondant sur une étude fouillée des différents avis médicaux, sur une anamnèse complète, sur les plaintes du recourant, ainsi que sur un examen clinique et rhumatologique et enfin sur un consilium de psychiatrie.

**4.** La seule question litigieuse est celle de l'appréciation de la capacité de travail, partant de l'invalidité du recourant, au regard notamment des nouvelles expertises judiciaires effectuées par les Drs C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

**a)** Le recourant, se reposant notamment sur l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ (cf. supra, p. 3 lettre C) a maintenu les conclusions de son recours du 21 mars 2006, faisant valoir, sans revenir sur la question des troubles psychiques, que l'expertise établie par le Dr J. \_\_\_\_\_ est laconique, que ce dernier minimise l'ensemble de ses affections et qu'il

n'évoque pas certains éléments fondamentaux et utiles pour saisir l'importance des diagnostics sur son état de santé.

Pour sa part, l'OAI s'est rallié d'une part à l'avis du SMR du 16 décembre 2008, lequel met en évidence que les limitations fonctionnelles ainsi que les capacités de travail retenues dans le rapport d'examen du SMR du 1<sup>er</sup> novembre 2002 sont toujours valables, et, d'autre part, à l'avis du SMR du 5 août 2009, lequel relève que le Dr J.\_\_\_\_\_ a relaté les plaintes de l'assuré de manière exacte, en décrivant bien le status et en expliquant les raisons pour lesquelles il s'est écarté de l'appréciation du Dr S.\_\_\_\_\_ en ce qui concerne la répercussion des pathologies sur les limitations fonctionnelles. L'office intimé a observé par ailleurs que le Dr N.\_\_\_\_\_ n'expliquait pas pourquoi la capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles était limitée à 50 %.

**b)** D'après l'art. 6 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon 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.

Aux termes de l'article 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale,

d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'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.

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 percevoir 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 (art. 16 LPGA).

**c)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à dispositions permettent de trancher la question litigieuse. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à une appréciation médicale, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 122 V 157, consid. 1c et les références; ATF 125 V 351, consid. 3a et les références).

L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable

sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante ; une expertise présentée par une partie peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (ATF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2 et les références citées).

**d)** En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre (ATF 125 V 351 ; TFA I 33/02 du 23 décembre 2002). En cas de doute sur le caractère pertinent ou complet des rapports médicaux figurant au dossier, le juge doit procéder lui-même à une expertise ou renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction (ATF 122 V 157).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (TFA I 805/05 du 30 novembre 2006, consid. 4.2; TFA I 321/04 du 18 juillet 2005, consid. 4; TFA I 259/03 du 5 février 2004,

consid. 2; Pratique VSI 2000 p. 154 consid. 2b; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées).

**5. a)** Dès lors que, dans ses déterminations du 5 mars 2009, le recourant ne revient pas sur les conclusions de l'expert C.\_\_\_\_\_, on peut en déduire qu'il admet ne plus présenter de troubles psychiatriques invalidants. Le rapport de ce spécialiste FMH supplée ainsi celui établi par la Dresse E.\_\_\_\_\_ le 25 octobre 2002 et doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

En effet, dans son rapport du 27 novembre 2008, l'expert exclut d'emblée le diagnostic de trouble dépressif et de syndrome douloureux somatoforme persistant, en relevant tout d'abord que le patient s'étonne d'avoir été adressé à un psychiatre. Le spécialiste considère ensuite que les troubles mnésiques dont fait état le recourant sont peu importants et pas objectivés lors de l'évaluation clinique. Il indique que l'estime de soi est bien conservée. Il exclut également le syndrome somatoforme douloureux persistant, la détresse requise pour le diagnostic n'étant pas remplie ; l'assuré est bien inséré dans sa famille et dans la vie de tous les jours, il est remarquablement bien acculturé en Suisse et ne présente pas de trouble psychiatrique, en particulier pas d'état dépressif. Au vu de ces éléments et de l'évolution actuelle, l'expert mandaté ne retient aucune pathologie psychiatrique au jour de l'expertise, ni d'incapacité de travail sur ce plan, la pathologie étant en rémission depuis fin 2002.

**b)** En ce qui concerne les troubles somatiques, l'expert J.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de coxarthrose gauche modérée post-traumatique (M 16.5), de lombalgies banales (M 54.5) et de discrète instabilité ligamentaire de la cheville gauche (M 24.2). Sans répercussion sur la capacité de travail, il relève également l'ébauche d'uncarthrose cervicale (M 47.8). Il fonde sa propre appréciation de l'exigibilité professionnelle en s'appuyant sur les conclusions des diverses expertises mises en œuvre depuis l'accident de recourant en 1991, constatant que pour les médecins du COMAI (expertise du 20 septembre 2001), les seules

limitations somatiques mises en évidence sont l'absence de travaux lourds et de port de charges. Il observe en outre que le Dr X. \_\_\_\_\_ du SMR, dans son rapport du 25 octobre 2002, avait mis en évidence des lombalgies communes et un status après fracture verticale de l'aile iliaque gauche avec une très discrète coxarthrose gauche secondaire et des limitations somatiques, telles que la possibilité d'alterner une ou deux fois par heure la position assise et debout, le soulèvement de charges régulier d'un poids excédant 15kg, les travaux en porte-à-faux statique prolongé du tronc, les travaux en position accroupie ou impliquant des déplacements réguliers prolongés, notamment dans les escaliers ou sur des échafaudages. L'expert tient compte également des constatations du Dr S. \_\_\_\_\_, qui avait posé les diagnostics d'arthrose unco-vertébrale ébauchée C4-C5 et C5-C6 avec contractures cervico-scapulaires gauches, de lombalgies chroniques, de discopathie L2-L3, de conflit coxo-fémoral bilatéral, douloureux à gauche, d'état après fracture de l'aile iliaque gauche et d'instabilité post-traumatique de la cheville antéro-externe gauche. Le Dr J. \_\_\_\_\_ explique finalement clairement pour quelles raisons il ne souscrit pas aux propositions thérapeutiques émises par le Dr S. \_\_\_\_\_, en précisant notamment que le recourant lui-même n'a pas la moindre envie d'une quelconque intervention chirurgicale, dont il ne voit pas la nécessité. Ainsi, prenant en compte les conclusions des divers experts consultés, il parvient à la conclusion que les activités habituelles de chauffeur-livreur ne sont plus exigibles et qu'au vu des limitations parfaitement définies par le SMR dans son examen du 23 octobre 2002, une capacité de travail entière était exigible, ce même en retenant les trois nouveaux diagnostics posés par le Dr S. \_\_\_\_\_. En effet, ces limitations tiennent largement compte d'une ébauche d'arthrose cervicale, d'une coxarthrose modérée avec conflit coxo-fémoral et d'une légère instabilité de la cheville gauche.

**c)** Il convient ainsi d'accorder pleine valeur probante à cette dernière expertise, qui est complète, exempte de contradictions, qui se réfère à l'ensemble des examens subis par P. \_\_\_\_\_ et qui confirme les conclusions déjà posées par le SMR dans son rapport d'examen clinique du 25 octobre 2002.

Au demeurant, force est finalement de constater que l'avis médical du 21 juillet 2009 du Dr N.\_\_\_\_\_ n'est pas de nature à mettre en doute les conclusions de l'expertise judiciaire dans la mesure où les exigences qu'il pose ne sont pas expliquées par une atteinte à la santé précise où il n'indique pas pourquoi la capacité de travail dans une activité qui respecte les limitations fonctionnelles serait limitée à 50 %.

**6.** En définitive, le recours interjeté le 21 mars 2006 doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision sur opposition rendue le 15 février 2006.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice seront arrêtés à 500 fr. (art. 69 al. 1<sup>er</sup> bis LAI et art. 2 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]), et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 15 février 2006 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge de P.\_\_\_\_\_.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Laure Chappaz, avocate (pour P. \_\_\_\_\_) ;
- 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 :