

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 janvier 2016

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mmes Thalmann et Dessaux, juges  
Greffière : Mme Rochat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Pierre Bauer, avocat à  
La Chaux-de-Fonds,

et

**I.**\_\_\_\_\_, à [...], intimé.

**E n f a i t :**

**A.**            **a)** U. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, travaillait à temps complet depuis le 25 août 1998 en qualité de jardinier (notamment entretien du jardin, taille des arbres, nettoyages, petites réparations) au sein de la F. \_\_\_\_\_ à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de V. \_\_\_\_\_ Assurances. Il exerçait également le soir une activité accessoire (nettoyage des locaux, petites manutentions et réparations) auprès de H. \_\_\_\_\_.

Le 25 août 1999, alors qu'il se rendait sur son lieu de travail, l'assuré a été victime d'un accident sur la voie publique, un véhicule lui ayant refusé la priorité alors qu'il circulait normalement au guidon de sa moto. Souffrant de diverses fractures au membre inférieur droit (fracture ouverte stade IIIC de la jambe droite, fracture non déplacée de spino-tubérositaire externe du plateau tibial droit et fracture médio-diaphysaire du fémur droit), l'assuré a été hélicoptéré par la REGA et hospitalisé au Q. \_\_\_\_\_ du 25 août au 3 octobre 1999, date de son transfert à J. \_\_\_\_\_ pour la suite de sa rééducation. Il a subi quatre interventions en août et novembre 1999, soit notamment une amputation traumatique selon Burgess à droite (située à 22 cm environ sous la pointe de la rotule). Une totale incapacité de travail a été attestée dès le 25 août 1999.

V. \_\_\_\_\_ Assurances a pris en charge le cas déclaré le 18 septembre 1999 et a versé les prestations légales, notamment des indemnités journalières.

Il ressort d'une note relative à un entretien téléphonique du 29 décembre 1999 que H. \_\_\_\_\_ a versé à l'assuré le montant de 7'628 fr. 50 en un an.

Par courrier du 9 février 2000 à V.\_\_\_\_\_ Assurances, F.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait perçu un salaire de 37'542 fr. pour la période allant du 1<sup>er</sup> juillet 1998 au 31 juillet 1999.

Le 17 février 2000, E.\_\_\_\_\_ a adressé à l'assuré une facture intitulée « prothèse tibiale droite » d'un montant de 9'403 fr. 25.

Le 19 mai 2000, E.\_\_\_\_\_ a adressé à l'assuré une facture intitulée « prothèse tibiale droite n°2 » d'un montant de 8'371 fr. 20.

Le 25 juillet 2000, U.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente en raison de l'amputation d'une jambe (droite).

Dans un rapport médical du 6 novembre 2000 à l'OAI, le B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a qualifié l'état de stationnaire. Il a attesté une totale incapacité de travail depuis le 25 août 1999. Il a ajouté que des mesures professionnelles dans l'optique d'un reclassement en position sédentaire ou semi-sédentaire, sans long déplacement, sans position prolongée de la position debout, ni port de charge ou de manutention, pouvaient être envisagées avec une capacité de travail exigible actuelle dans une activité adaptée de 25 à 50%.

Par communications du 16 mars 2001, l'OAI a pris en charge les frais de transformation d'un véhicule, ainsi que des heures d'auto-école.

Dans un rapport initial du 11 avril 2001, la division de réadaptation de l'OAI (ci-après : REA) a préconisé le placement de l'intéressé en situation de travail afin de définir une activité adaptée à son état de santé.

Par communication du 19 avril 2001, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge une observation professionnelle au Centre Z.\_\_\_\_\_ à [...].

Dans un rapport de synthèse du 23 octobre 2001 faisant suite à l'observation professionnelle allant du 3 au 30 septembre 2001 et comprenant également un avis médical du 12 octobre 2001 du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin-conseil, le Centre Z.\_\_\_\_\_ a conclu à l'inaptitude, vraisemblablement provisoire, de l'assuré à être réadapté dans le circuit économique normal, même à temps partiel, en exposant notamment ce qui suit :

« Bien que les seules limitations physiques concernent le MID (chez un droitier), l'assuré ne peut pas être actuellement réinséré professionnellement. En effet, sa capacité de travail est fortement diminuée par son incapacité à travailler dans la continuité. Actuellement, il semble que sa prothèse ne soit pas encore suffisamment adaptée ou alors trop mal supportée. Ainsi, le rendement moyen observé n'a été que de 25%, ce qui ne correspond pas aux exigences du marché de l'emploi. Par ailleurs, l'état psychique (image de soi catastrophique, inacceptation de l'amputation et de la prothèse, alternance d'états douloureux et déprimés avec des élans d'énergie et de recherche d'adaptation à la situation présente) ne permet pas encore à M. U.\_\_\_\_\_ d'envisager positivement l'avenir, aussi bien sur le plan personnel que sur le plan professionnel.

Enfin, étant donné que l'assuré est actuellement en traitement (recherche d'une prothèse bien adaptée), nous estimons que son état de santé doit pouvoir s'améliorer et nous proposons que l'évolution de cette situation soit régulièrement suivie dans les prochains mois ».

Le 18 mars 2002, le Dr B.\_\_\_\_\_ a procédé à une reprise chirurgicale (ablation du matériel d'ostéosynthèse au fémur droit, au tibia proximal droit et révision du moignon d'amputation de la jambe homolatérale pour suspicion d'enclavement névralgique à l'endroit de la myoplastie de recouvrement).

Dans deux certificats médicaux intermédiaires LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance accidents ; RS 832.20) des 9 octobre 2002 et 7 janvier 2003 à V.\_\_\_\_\_ Assurances, le Dr B.\_\_\_\_\_ a relevé chez son patient la persistance de névralgies en particulier à

l'extrémité distale du moignon d'amputation de la jambe. La confection d'un nouvel appareillage prothétique était en cours et devait permettre une meilleure tolérance à l'endroit du moignon d'amputation, chroniquement sensible. Une reprise du travail même dans un poste adapté n'était actuellement pas envisageable en raison d'un handicap majeur affectant l'ensemble du membre inférieur droit aussi bien pour ses déplacements qu'en position assise de manière prolongée. Une consultation auprès de l'Unité d'antalgie était à envisager.

Par rapports des 22 octobre 2002 et 18 novembre 2002 à l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué que le problème de l'appareillage n'était toujours pas résolu, une nouvelle prothèse étant en cours de confection, laquelle devait permettre une meilleure tolérance à l'endroit du moignon, chroniquement sensible à l'endroit de la myoplastie. Une réinsertion professionnelle éventuelle n'était actuellement pas envisageable, la position assise étant mal tolérée, ainsi que le moindre déplacement ou maintien prolongé de la position debout.

Par avis médical du 26 février 2003, le Dr S.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a retenu que la capacité de travail résiduelle même dans une activité sédentaire prédominante apparaissait comme nulle encore actuellement, la situation médicale n'étant pas stabilisée. Il préconisait l'octroi d'une rente d'invalidité compte tenu d'une incapacité de travail à 100% et une « révision dans un an : situation médicale stabilisée alors ? ».

Dans un certificat médical intermédiaire LAA du 11 mars 2003 à V.\_\_\_\_\_ Assurances, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a exposé que l'intervention chirurgicale de mars 2002 n'avait pas donné les résultats escomptés et qu'il y avait toujours des difficultés d'adaptation de la prothèse.

Par communication du 17 juin 2003, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2000, soit après le délai d'attente d'une année, en exposant ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :  
(...).

- Suite à un accident survenu en date du 25 août 1999, vous ne pouvez plus exercer votre activité de jardinier.
- Afin d'évaluer votre capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à votre état de santé, vous avez effectué un stage au Centre Z. \_\_\_\_\_ de [...] du 03 septembre 2001 au 30 septembre 2001. Durant cette période, vous avez bénéficié d'indemnités journalières AI.
- Suite à ce stage et selon les renseignements en notre possession, il s'avère qu'en raison de votre atteinte à la santé, vous présentez une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité lucrative depuis la date susmentionné[e].
- Il ressort également de l'instruction de votre dossier que d'autres mesures professionnelles ne sont actuellement pas envisageables ».

Par décisions des 29 juillet et 12 septembre 2003, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2000.

Le 24 novembre 2003, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, médecin responsable du Z. \_\_\_\_\_, a procédé à l'implantation d'une électrode médullaire test par appareil qui a dû être retirée une semaine plus tard.

Dans un rapport médical du 18 juin 2004 à V. \_\_\_\_\_ Assurances, le Dr L. \_\_\_\_\_ a rappelé que son patient présentait des complications inhabituelles, à savoir des douleurs chroniques répondant mal au traitement, des troubles neurovégétatifs du moignon, des difficultés d'adaptation de la prothèse, des troubles de la cicatrisation, ainsi qu'une tendinite rotulienne sévère à droite résistante. Le but des traitements des différents spécialistes visait à améliorer ces points, la coordination et la prise en charge plus globale étant de son ressort. Selon le Dr L. \_\_\_\_\_, la majorité des complications devait se terminer environ en juin 2005.

Dans un certificat médical intermédiaire LAA du 7 août 2004, le Dr N. \_\_\_\_\_ a fait état comme genre de traitement de « test de méd. [médecine] intrathécale puis pose de pompe IT ».

Dans un certificat médical intermédiaire LAA du 20 décembre 2004, le Dr N.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il n'y avait plus de traitement pour le moment.

Dans un certificat médical intermédiaire LAA du 31 janvier 2005, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué à la question de savoir « quels traitements ont été appliqués et/ou vont-ils encore l'être ? » que l'anesthésiste prévoyait d'autres traitements intrathécaux dans les mois à venir.

Par fax du 21 juillet 2005 à V.\_\_\_\_\_ Assurances, H.\_\_\_\_\_ a précisé que le salaire mensuel de l'assuré aurait été de 900 fr. par mois.

Un rapport de scintigraphie osseuse pratiquée le 22 août 2005 a écarté toute activité scintigraphique suspecte d'une algoneurodystrophie de Sudeck.

**b)** Dans le cadre du questionnaire pour la révision de la rente complété le 11 septembre 2005, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé, les douleurs étant de plus en plus fortes.

Dans un rapport médical du 19 décembre 2005 à l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_ a mentionné qu'il avait revu son patient le 14 septembre 2005 dans le cadre d'un moignon d'amputation jambe haute au membre inférieur droit chroniquement douloureux et après échec des multiples tentatives de correction de la prothèse sur mesure. Il a retenu la présence de lombalgies inférieures en voie d'aggravation dans le cadre d'une discopathie L5-S1, objectivée en octobre 2005 par bilan radiologique conventionnel. Un bilan angiologique avait été effectué durant l'été 2005 sans mise en évidence d'insuffisance circulatoire distale à l'endroit du moignon. Un examen scintigraphique avait par ailleurs été pratiqué sans image compatible avec un éventuel Sudeck. Il a conclu à une incapacité de travail inchangée, soit de 100%, aucune activité adaptée n'étant envisageable, rappelant les démarches entreprises pour la prise en charge

chirurgicale pour un complément d'amputation afin d'éviter une aggravation des lombalgies associées.

Le 20 janvier 2006, V. \_\_\_\_\_ Assurances a transmis à l'OAI le rapport du Centre X. \_\_\_\_\_ de [...] qu'elle avait mandaté pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer précisément les atteintes séquellaires et l'exigibilité. Dans un rapport de synthèse du 21 décembre 2005, les Drs M. \_\_\_\_\_, spécialiste T. \_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie, et C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de fracture étagée du fémur droit, de fracture du plateau tibial externe droit, de fracture comminutive ouverte de la partie distale de la jambe droite se terminant en amputation, de lombalgies, d'hyperesthésie du moignon sans névrome certain palpable et de séquelles discrètes d'un état de stress post-traumatique. Ils ont estimé que les affections concernant le membre inférieur droit étaient la conséquence directe de l'accident. Quant aux douleurs décrites au niveau du genou gauche qui n'avaient pas de substrat clinique à l'examen clinique et les lombalgies, elles n'étaient que possiblement en rapport avec l'accident et ses suites, par troubles de la marche et de surcharge du membre inférieur gauche. Quant à la question de savoir quelle était la suite du traitement, les experts ont indiqué ce qui suit (réponse à la question 6.2) :

« Toutes les techniques chirurgicales, adaptation de la prothèse ainsi que les traitements de stimulation au niveau du moignon semblent s'être avérés inefficaces.

Il n'y a pas véritablement d'explication mécanique à ces douleurs, on relèvera notamment le 22.08.2005 une scintigraphie osseuse ne montrant pas une hypercaptation dans la région du moignon.

En revanche, l'orthopédiste est frappé au jour de l'examen par une démarche avec boiterie également du membre inférieur gauche et l'usure du bord externe de la chaussure gauche.

Il n'y a pas d'explication de positionnement anatomique du pied gauche pour expliquer cette usure extrême de la chaussure sur le flanc externe, elle est probablement due à un élément dynamique dans la démarche qui entraîne le fait de se pencher plus à gauche pour déplacer le membre inférieur droit, en sollicitant donc essentiellement une rotation du bassin plus que les mouvements harmonieux de flexion de hanche et du genou pour avancer le membre inférieur droit.

Si tant est que l'on puisse obtenir une collaboration active de U. \_\_\_\_\_ dans un programme de rééducation, il nous apparaît qu'une amputation mi-jambe avec une bonne mobilité du genou et un appareil extenseur compétent devrait permettre une démarche bien meilleure.

L'amélioration de la démarche devrait permettre l'économie du rachis lombaire actuellement sollicité de manière inadéquate, puis dans la mesure du possible l'abandon de la canne à gauche également délétère.

Les chances de succès dépendent de la collaboration de U. \_\_\_\_\_ à cette rééducation à la marche.

Sur le plan antalgique, il n'y a pas de mesures additionnelles à proposer puisque tous les antalgiques ont été tentés de même que les antidépresseurs et les antiépileptiques ainsi que la stimulation épimédullaire. Il s'agit donc de poursuivre le traitement actuellement en cours (Tramal ; Tégrétol ; Dafalgan et Temesta), sans autre ».

Les experts ont en outre précisé qu'ils ne pouvaient prétendre que si les traitements proposés n'étaient pas appliqués, il y aurait une notable détérioration de l'état de santé de l'assuré. Les mesures pouvaient cependant améliorer le confort et notamment diminuer les douleurs, mais aussi augmenter la capacité de travail et/ou le rendement. S'agissant de la capacité de travail, les experts ont considéré que l'activité de jardinier ne pouvait plus être raisonnablement exigée. L'assuré ne pouvait en effet plus exercer une activité professionnelle essentiellement debout avec des déplacements ou le port de charges. Par contre, ils ont estimé qu'une activité sédentaire était exigible en position essentiellement assise, avec des petits déplacements sans charge, soit une activité de bureau ou assis à l'établi, de surveillance d'écrans, etc. La capacité de travail était totale avec une diminution de rendement de 30% si les mesures thérapeutiques suggérées n'étaient pas appliquées.

Dans un complément d'expertise du 23 mars 2006, le Dr T. \_\_\_\_\_ a confirmé que l'assuré pouvait retrouver une capacité de travail dans une activité en position assise et en sollicitant peu le membre inférieur droit. En ce qui concernait les douleurs dont se prévalait l'assuré, elles n'étaient pas corroborées par des examens objectifs dans le cadre de l'expertise. L'expert a en outre indiqué qu'une amputation mi-jambe bien

appareillée pourrait permettre une démarche pratiquement normale, une sollicitation moins importante du rachis, ainsi que la récupération d'une capacité de travail en position assise avec de petits déplacements. Enfin, si d'emblée l'assuré estimait que l'amputation complémentaire pour corriger son moignon n'améliorerait pas sa situation, il ne fallait surtout pas la lui proposer.

Par décision du 20 juin 2006, V. \_\_\_\_\_ Assurances a mis un terme, avec effet au 30 avril 2006, au traitement médical, sous réserve d'un programme de rééducation, et aux indemnités journalières. V. \_\_\_\_\_ Assurances a octroyé une rente d'invalidité de 14%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ascendant à 34'020 francs.

**c)** Par avis médical du 13 juillet 2006, la Dresse X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, médecin au SMR, a exposé ce qui suit :

« (...).

Le rapport Centre Z. \_\_\_\_\_ de 2001 concluait à une inaptitude vraisemblablement provisoire à être réadapté dans le circuit économique normal, même à temps partiel. Dans son avis du 26.02.03 S. \_\_\_\_\_ précisait que la CT était nulle dans toute activité, mais que la situation médicale n'était pas stabilisée. Une rente complète était alors octroyée à partir de 2000 à titre provisoire, dans l'attente d'une estimation plus précise après stabilisation.

Depuis lors, l'assuré a été traité par Z. \_\_\_\_\_, les essais de neurostimulation restant sans résultat ont été arrêtés fin 2003, la médication intrathécale se poursuit encore.

Lors de la révision, le Dr B. \_\_\_\_\_ indique en décembre 2005 une aggravation des lombalgies dans le cadre d'une discopathie L5-S1, et la possibilité d'une reprise chirurgicale du moignon d'amputation de la jambe D. L'IT reste de 100% selon lui.

L'expertise du Centre X. \_\_\_\_\_ du 21.12.2005, demandée par l'assurance accident, ne propose pas d'autre traitement qu'une rééducation à la marche qui pourrait diminuer les douleurs et améliorer le rendement. Les experts décrivent les radiographies lombaires du 15.09.2005 dans les termes de troubles statiques peu marqués et discopathie et discarthrose a minima L4-L5, ils concluent à une IT totale dans l'ancienne activité, une CT complète sur le plan psychique, une CT exigible de 100% avec un rendement de 70% dans une activité adaptée en position assise avec de petits déplacements sans charge.

Nous pouvons suivre l'appréciation de l'expertise, qui tient compte de l'ensemble de l'atteinte à la santé, maintenant que l'état est stabilisé (ceci depuis fin 2003, date de l'arrêt de la neurostimulation), et qui fixe des limitations fonctionnelles maximales. La rééducation à la marche est susceptible d'augmenter le rendement et peut être exigée ».

Dans un rapport intermédiaire du 28 août 2006 faisant suite à un entretien avec l'assuré, la REA a repris l'examen de mesures professionnelles à la suite de l'avis du SMR. L'intéressé a déclaré qu'il était dans l'attente d'une opération de raccourcissement du moignon, destinée à diminuer voire à supprimer ses douleurs qu'il qualifiait d'insupportables. En l'état actuel, l'assuré s'opposait formellement à toute mesure professionnelle, y compris un stage au Centre Z.\_\_\_\_\_. La conseillère en réadaptation laissait le soin à l'OAI d'envoyer à l'assuré une sommation au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1).

Dans un rapport intermédiaire et final du 18 décembre 2006, la REA a précisé que l'approche théorique montrait que le droit aux mesures professionnelles n'était pas ouvert, dès lors que l'intéressé avait une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 30%.

Par décision du 1<sup>er</sup> septembre 2007, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait procédé à un nouveau calcul de sa rente AI à la suite de la suppression de la rente AI de son épouse dès le 1<sup>er</sup> septembre 2007.

L'assuré a subi le 26 octobre 2007 une intervention chirurgicale soit une révision du moignon de la jambe droite et résection d'un névrome de la branche du sciatique poplité externe droit, ce qui a nécessité une hospitalisation du 25 au 30 octobre 2007.

Dans un rapport médical du 7 novembre 2008 à l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics énumérés dans ses précédents rapports médicaux, tout en ajoutant ceux de gonarthrose droite tri-compartmentale, prédominante au compartiment fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire, associée à une limitation fonctionnelle douloureuse sur

rétraction de l'appareil extenseur à l'endroit de la musculature quadricipitale et d'une arthrose tibio-péronière proximale droite. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a relevé que d'un point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible et que la diminution de rendement était complète dans le contexte du handicap fonctionnel douloureux. S'agissant des restrictions, il a fait état de la persistance d'un tableau clinique invalidant au quotidien entravant de manière systématique la déambulation et les changements de position, essentiellement à l'endroit du genou droit, du moignon d'amputation homolatéral et de la région lombaire inférieure.

Par avis médical du 17 février 2009, le Dr W.\_\_\_\_\_ du SMR a constaté que le Dr B.\_\_\_\_\_ n'avait annoncé aucune aggravation depuis le rapport SMR de 2006 et ne se prononçait pas sur les limitations fonctionnelles, ni sur l'exigibilité dans une activité adaptée. Il n'y avait pas de fait nouveau à l'exception du traitement chirurgical du névrome, les chirurgiens indiquant dans leur lettre de sortie que les suites de cette intervention étaient simples et l'évolution favorable.

Le 24 mars 2009, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision de suppression de la rente d'invalidité avec effet dès le premier jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision. Il a ainsi considéré que depuis la fin 2003, sa capacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée, soit évitant les activités exercées essentiellement debout avec des déplacements ou le port de charges, serait de 100% avec un rendement de 70%, la capacité de travail dans l'activité exercée étant nulle. L'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'intéressé. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'557 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (production et services) en 2002, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2002 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+1.40%) et d'une baisse de rendement, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 40'464 fr. 33. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 45'500 fr. (que l'assuré aurait perçu s'il avait poursuivi son activité auprès de la F.\_\_\_\_\_, soit 3'500 fr. mensuel brut X 13)

permettait de constater que le taux d'invalidité, respectivement la perte de gain était de 11%, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité.

**d)** Dans l'intervalle, soit dans un rapport du 11 septembre 2008 adressé à V.\_\_\_\_\_ Assurances, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin adjoint au service de traumatologie du Q.\_\_\_\_\_, a indiqué qu'à la suite de l'intervention effectuée en octobre 2007, le résultat était relativement mince. Il avait amélioré la forme du moignon, enfoui un névrome dans la musculature pour supprimer les zones d'appui et les douleurs, mais le névrome s'était malheureusement reconstitué en sous aponévrotique et la pression dans cette zone était actuellement déclarée douloureuse et invalidante. Il a estimé que le traitement orthopédique était terminé sous réserve de la possibilité d'une éventuelle consultation auprès d'un spécialiste de la douleur. Il a attesté une totale incapacité de travail du 25 octobre 2007 au 31 mars 2008, date à laquelle le patient était apte à un reclassement professionnel avec le taux de capacité déjà mentionné dans son courrier du 16 mai 2008 [soit celui adressé à Me Bauer par lequel il lui a fait savoir qu'à son avis, le patient était capable de reprendre un travail au moins à 75% voire à 100%].

Par certificat médical du 16 décembre 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il n'y avait plus de traitement orthopédique à envisager. S'agissant du syndrome de stress post traumatique, il a indiqué qu'il convenait de s'adresser directement au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il a attesté une totale incapacité de travail pour des causes mixtes, physiques et psychiques.

Dans un rapport du 21 avril 2009 à V.\_\_\_\_\_ Assurances, le Dr B.\_\_\_\_\_ a précisé que son patient l'avait consulté pour un contrôle le 1<sup>er</sup> octobre 2008 et qu'il avait relevé l'absence d'amélioration significative sur son tableau clinique douloureux, malgré la prise en charge chirurgicale.

e) Le 5 octobre 2010, V. \_\_\_\_\_ Assurances a transmis à l'OAI le rapport d'expertise du 31 mars 2010 du Centre X. \_\_\_\_\_, permettant ainsi à l'office précité de reprendre l'instruction de la cause suite à la contestation formée par l'assuré le 24 avril 2009 contre le projet de décision du 24 mars 2009.

Dans un rapport de synthèse du 31 mars 2010, les M. \_\_\_\_\_, T. \_\_\_\_\_, et P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de fracture étagée du fémur droit, de fracture du plateau tibial externe droit, de fracture comminutive ouverte de la partie distale de la jambe droite se terminant en amputation, de lombalgies, d'hyperesthésie du moignon sans névrome certain palpable et de séquelles discrètes d'un état de stress post-traumatique. Dans le cadre de l'appréciation du cas, ils ont relevé les éléments suivants :

« (...).

Synthèse et conclusions :

Sur le plan orthopédique, status après traumatisme majeur du membre inférieur droit dont l'anamnèse, le status et les résultats des différents traitements ont déjà été évoqués lors d'une expertise en 2005.

Depuis lors, une révision de moignon d'amputation de la jambe droite n'a amené aucune amélioration.

L'orthopédiste traitant le Dr B. \_\_\_\_\_ pense qu'une gonarthrose sus-jacente exacerbe les douleurs. Il propose éventuellement une amputation plus proximale.

Le jour de l'expertise, U. \_\_\_\_\_ se présente non seulement avec des plaintes au niveau du genou droit mais de la cuisse droite, de la région trochantérienne droite (vraisemblablement une bursite), de douleurs lombaires et de douleurs du genou gauche, nous ne pensons pas qu'une amputation plus proximale du MID entraînerait une amélioration quelconque.

Concernant la capacité de travail à un poste adapté, les conclusions sur le plan orthopédique restent inchangées par rapport à l'expertise précédente.

En effet, il y a sur le plan subjectif une péjoration des douleurs du MID proximal et du genou gauche; toutefois sur le plan objectif, cette péjoration ne se manifeste pas de façon spectaculaire à l'examen clinique et les radiographies complémentaires effectuées ne montrent pas non plus de signe d'arthrose justifiant un changement de notre prise de position de 2005.

Sur le plan neurologique, la situation de U.\_\_\_\_\_ est subjectivement et objectivement en tout point superposable à celle constatée lors de l'expertise de 2005 avec une hyperesthésie du moignon sans névrome certain palpable et des douleurs au niveau des genoux et de la région lombaire d'origine non neurologique et plutôt orthopédique/réactionnelle aux difficultés de déplacement.

A cela s'ajoutent des troubles du sommeil pour lesquels le bilan polysomnographique a permis d'écarter une apnée du sommeil ainsi qu'un syndrome des jambes sans repos ou des mouvements périodiques des membres inférieurs, démontrant un trouble de l'architecture du sommeil vraisemblablement réactionnel aux douleurs présentées par U.\_\_\_\_\_.

Il n'y a pas de mesures additionnelles de traitement à proposer, toutes les tentatives potentielles de traitement ayant déjà été effectuées.

En ce qui concerne la capacité de travail, la situation reste également superposable à celle de 2005 avec une incapacité de travail définitive dans l'activité de jardinier, mais une capacité de travail à plein temps dans une activité sédentaire en position essentiellement assise avec de petits déplacements sans charge où l'on retiendra toujours une diminution de rendement d'environ 30% en raison des douleurs.

Sur le plan psychique, sur la base de ces éléments, U.\_\_\_\_\_ présente toujours quelques symptômes de stress post-traumatique. Il décrit d'importantes ruminations en lien avec l'accident. Son comportement est marqué par des attitudes d'évitement de toutes situations rappelant l'accident. Par exemple, l'assuré décrit des réactions émotives lorsqu'il entend une ambulance. Nous avons aussi pu objectiver des réactions neurovégétatives d'angoisse manifeste lors de l'entretien et une forte tension psychique.

Lors de l'évaluation de 2005, le diagnostic de séquelles discrètes d'un état de stress post-traumatique était retenu. On peut donc considérer qu'il y a une aggravation symptomatologique entre 2005 et la présente évaluation. En reprenant le rapport d'expertise médicale de 2005, nous constatons qu'il y a une aggravation de la symptomatologie anxieuse. Divers traitements psychotropes ont été prescrit[s] par son médecin traitant et depuis un an, l'assuré bénéficie d'un suivi psychothérapeutique. Nous avons la forte impression que des facteurs intercurrents (suppression de prestations AI pour U.\_\_\_\_\_ en 2009 et pour son épouse il y a trois ans) génèrent un stress important.

Il est reconnu que les symptômes du stress post-traumatique peuvent fluctuer avec le temps et être plus marqués en période de stress; ces symptômes sont aussi plus marqués en cas de problèmes somatiques (*Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry 2002, p 630*). Ces deux conditions sont présentes chez U.\_\_\_\_\_. On assiste donc à une péjoration. Il n'est pas possible de déterminer si la péjoration sera de nature transitoire ou durable, mais pour l'instant nous n'avons pas d'éléments en faveur d'une modification de la personnalité après une exp[é]rience de catastrophe (F62.0).

On admet qu'après une certaine période, la personne qui a présenté un état de stress post traumatique retrouve une capacité fonctionnelle, même si elle garde encore quelques symptômes dans certaines circonstances notamment. Pour qu'il y ait une aggravation importante, il faudrait un nouvel événement traumatisant, et pas seulement des facteurs intercurrents. L'assuré était considéré fonctionnel en 2005 six ans après l'événement traumatisant, ceci en l'absence de nouveau traumatisme important donne d'autant plus d'importance aux facteurs intercurrents mentionnés actuellement, 11 ans après l'accident.

En second lieu, l'assuré présente un épisode dépressif modéré, sans syndrome somatique (F32.10). L'épisode dépressif est très probablement apparu aussi dans le contexte d'incertitude sociale.

Onze ans après l'accident il n'y a plus de relation de causalité entre les troubles psychiques et l'accident.

La péjoration de l'état psychique est secondaire à des facteurs de stress apparus après l'expertise de 2005 avec au premier plan un épisode dépressif dont l'expression peut aussi être majorée par les douleurs chroniques ainsi que les facteurs intercurrent signalés. Ce type d'affection est aussi connu pour perturber l'architecture du sommeil.

On peut s'attendre à ce que U.\_\_\_\_\_ prenne son traitement afin que les taux plasmatiques soient dans les zones thérapeutiques ».

Par décision sur opposition du 24 octobre 2011, V.\_\_\_\_\_ Assurances a partiellement admis l'opposition formée par l'assuré et a réformé la décision attaquée, en ce sens qu'elle a pris en charge les frais de l'intervention du 26 octobre 2007 et les frais de traitement consécutifs et a continué à prendre en charge, ainsi que déjà décidé en 2006, les frais de traitements et de soins indispensables à la conservation de sa capacité résiduelle de gain (art. 21 LAA) ; elle a reconnu à l'assuré, en lieu et place de la rente d'invalidité, le droit à des indemnités journalières pour la période allant du 25 octobre 2007 au 31 mars 2008 couvrant une incapacité totale ; elle a octroyé à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> mai 2006, sous exception de la période précitée, une rente d'invalidité de 28%. En effet, estimant que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le mois de mai 2006, V.\_\_\_\_\_ Assurances a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'intéressé. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'588 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans TA1 2004 (total « secteur privé », homme, niveau de qualification 4) en 2004, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises (41.7 heures), de l'évolution

des salaires nominaux de 2004 à 2005 (+1.20%) et d'une perte de rendement de 30%, V.\_\_\_\_\_ Assurances a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 40'640 francs. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 56'300 fr. (les allocations familiales ne devant pas être prises en considération), permettait de constater que le taux d'invalidité était de 28%.

Ce prononcé a fait l'objet d'un recours devant la Cour de céans laquelle l'a rejeté par arrêt séparé de ce jour (AA 117/11 - 3/2016).

Le 17 octobre 2011, V.\_\_\_\_\_ Assurances a transmis à l'OAI le rapport du 10 juin 2009 du Dr D.\_\_\_\_\_ lequel a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 9 juillet 2008 (neuf consultations jusqu'à présent) après avoir été adressé par le Dr L.\_\_\_\_\_. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique F43.1 et status post-amputation du membre inférieur droit. En raison de la chronicisation de la symptomatologie et de la mauvaise tolérance médicamenteuse, il a adressé le patient au Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Sur le plan psychique essentiellement et en faisant abstraction du status douloureux post-amputation, il a estimé que la « capacité de gain » était de 50% dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 13 février 2012 à l'OAI, le Dr D.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique et de trouble de stress post-traumatique (PTSD) séquellaire. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de son patient, car la chronicisation de la situation et les enjeux assécurologiques ne permettaient pas une évaluation sereine et objective. Son constat médical était comparable au compte-rendu du Dr P.\_\_\_\_\_ lors de son expertise du 7 mai 2010 [recte : du 31 mars 2010 ?]. Il a qualifié le pronostic de réservé en raison des plaintes algiques et du rétrécissement du focus sur l'événement traumatique et un sentiment de préjudice prégnant mais non délirant. Le traitement actuel était un entretien de soutien.

Au vu de ces éléments, l'OAI a mandaté le A.\_\_\_\_\_, pour la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 30 août 2012 faisant suite à un entretien avec l'assuré du 30 mai 2012, l'expert du A.\_\_\_\_\_ a estimé que les diagnostics de stress post-traumatique existant depuis la date de l'accident et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité légère n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Il a qualifié l'intensité des symptômes de stress post-traumatique de modérée et la dépression de légère selon l'échelle d'Hamilton. Il a conclu à l'absence d'aggravation significative de l'état clinique de l'assuré par rapport à celui décrit lors des expertises précédentes.

Par avis médical du 18 septembre 2012, le Dr W.\_\_\_\_\_ du SMR a retenu que la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques décrites dans l'avis du SMR du 13 juillet 2006 était entière avec une baisse de rendement de 30% depuis le 31 mars 2010, date du rapport de l'expertise du Centre X.\_\_\_\_\_ pour Q.\_\_\_\_\_.

A la demande de l'OAI du 24 janvier 2013, le A.\_\_\_\_\_ a rendu le 7 février 2013 un complément d'expertise. Il a précisé qu'en l'absence d'aggravation significative depuis l'expertise réalisée par le Centre X.\_\_\_\_\_ en 2010 et en présence d'une symptomatologie d'intensité légère au moment de l'expertise, il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions du Centre X.\_\_\_\_\_ en 2010. Il a en outre expliqué les motifs pour lesquels il s'écarterait de l'appréciation du Dr D.\_\_\_\_\_.

Le 11 mars 2013, l'OAI a soumis à l'assuré un nouveau projet de décision (annulant et remplaçant celui du 24 mars 2009) – dont la motivation figure dans un courrier séparé portant la même date – de suppression de rente d'invalidité avec effet dès le premier jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision. Il a retenu une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 30% justifiée sur le plan somatique tel que le retenait le Centre X.\_\_\_\_\_ en décembre 2005.

L'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'intéressé. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'557 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (production et services) en 2002, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2002 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+1.40%) et d'une baisse de rendement de 30%, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 40'464 fr. 33. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 45'500 fr. (que l'assuré aurait perçu s'il avait poursuivi son activité auprès de la F.\_\_\_\_\_, soit 3'500 fr. mensuel brut X 13) permettait de constater que le taux d'invalidité, respectivement la perte de gain était de 11%, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité.

Dans le cadre de sa contestation du 24 avril 2013, le recourant a produit un rapport médical du 19 avril 2013 du Dr L.\_\_\_\_\_ estimant l'invalidité pour des motifs psychiques entre 20 et 35% et un courriel du 22 avril 2013 du Dr D.\_\_\_\_\_ lequel s'est étonné que le A.\_\_\_\_\_ n'ait pas considéré que les troubles psychiques pouvait avoir une répercussion sur la capacité de travail de son patient, préconisant une évaluation interdisciplinaire pour traiter cette question.

Par avis médical du 29 mai 2013, les Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, et W.\_\_\_\_\_ du SMR ont constaté que le Dr L.\_\_\_\_\_ commentait les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise du 30 août 2012 sans mettre en évidence de fait nouveau, ni aggravation, ni troubles psychiques qui seraient passés inaperçus à l'expert. Ce praticien retenait en outre une invalidité entre 20 et 30% pour des atteintes psychiques. L'invalidité relevant du domaine juridique, le SMR a estimé qu'il ne lui appartenait pas de se prononcer sur cette question.

Par décision du 17 juin 2013 dont la motivation figure dans un courrier séparé portant la même date, l'OAI a confirmé son projet de décision du 11 mars 2013.

**B.** Par acte de son mandataire du 11 juillet 2013, U.\_\_\_\_\_ recourt contre la décision du 17 juin 2013. Il conclut préalablement à ce que dite décision soit suspendue par le présent recours, principalement au maintien de la rente entière d'invalidité, subsidiairement à un trois-quarts de rente, sous suite de frais et dépens. Le recourant estime que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Il conteste ainsi toute amélioration de son état de santé, le rapport du Centre X.\_\_\_\_\_ du 31 mars 2010 constatant qu'il présente toujours le même état de santé qu'en 2003, année d'octroi de sa rente d'invalidité. L'OAI laisse supposer que l'amélioration de l'état de santé consisterait dans le fait que depuis 2003, celui-ci se serait stabilisé. Le recourant rappelle qu'en 2003, il n'a pas été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité en raison d'un état de santé non stabilisé (il aurait été mis alors au bénéfice d'indemnités journalières au sens de l'art. 22 LAI, loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), mais bien en raison des douleurs au moignon et des douleurs résultant de son impossibilité de maintenir une station prolongée assise ou debout. Il précise à cet effet que ses douleurs n'ont pas disparu. Il allègue en outre que son état de santé psychique s'est péjoré depuis 2003, puisqu'à l'époque, il ne présentait pas de troubles psychiques. Or, le Centre X.\_\_\_\_\_ a conclu à une aggravation symptomatologique entre 2005 et 2010 et a posé les diagnostics de stress post-traumatique et d'épisode dépressif, confirmés par le A.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 août 2012. Ce dernier n'a toutefois pas expliqué pour quels motifs dits diagnostics seraient sans influence sur sa capacité de travail. Il se réfère aux avis des Drs L.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ lesquels estiment que les troubles psychiques occasionnent une invalidité de 20 à 35%. Le recourant requiert à cet effet une évaluation interdisciplinaire de type Centre X.\_\_\_\_\_ afin d'évaluer la répercussion des troubles psychiques sur sa capacité de travail. A supposer que son état de santé se soit amélioré depuis 2003, ce qui est contesté, le recourant soutient qu'il aurait droit à un trois-quarts de rente d'invalidité. S'agissant de l'évaluation de l'invalidité, le recourant estime que le revenu d'invalidité doit être fixé à 22'803 fr. 25 compte tenu d'une baisse de rendement de 30% sur le plan somatique et d'une invalidité pour troubles psychiques de 30%. Par ailleurs, les circonstances justifient

un abattement de 20%, la perte de rendement de 30% ayant uniquement trait aux douleurs liées à l'amputation, ce qui permet de retenir un revenu d'invalidité de 18'242 fr. 60. Comparé au revenu sans invalidité de 45'500 fr., l'invalidité est de 60% donnant droit à un trois-quarts de rente, ce dans l'hypothèse où il y aurait lieu d'admettre que son état de santé se serait amélioré ce qui n'est pas le cas.

Dans son écriture du 25 juillet 2013, l'intimé conclut à ce que la Cour de céans prononce le retrait de l'effet suspensif.

Par ordonnance du 25 septembre 2013, la juge alors en charge du dossier a rejeté la requête de suspension de la décision rendue le 17 juin 2013 par l'OAI et a retiré l'effet suspensif au recours déposé le 11 juillet 2013 par l'assuré, les frais et dépens de la présente procédure suivant le sort de la cause au fond.

Dans sa réponse au recours du 9 décembre 2014, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

Dans sa réplique du 16 janvier 2015, le recourant confirme ses conclusions. Il produit deux photos prises le 12 août 2013. Il explique que sa jambe s'est infectée dernièrement de manière extraordinaire l'empêchant pendant quatre semaines d'enfiler sa prothèse. A l'heure actuelle, sa peau est meurtrie (la peau est tellement fine qu'elle s'abîme très facilement). Il produit à cet effet une photo prise le 4 janvier 2015. Il ajoute qu'en raison de changements physiologiques dus à l'amputation, les articulations de l'autre jambe s'en ressentent. Il se réfère à ce propos à un rapport de radiologie du 21 octobre 2009 dont il remet copie. Il soutient que sur le plan psychique, les Drs L.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont retenu que le stress post-traumatique d'intensité modérée et le trouble dépressif récurrent occasionnent une invalidité comprise entre 20 et 35%. Il confirme la réquisition relative à une évaluation interdisciplinaire de type Centre X.\_\_\_\_\_ afin de déterminer la répercussion des troubles psychiques sur sa capacité de travail.

Dans sa duplique du 9 février 2015, l'intimé précise que le rapport de radiologie daté du 21 octobre 2009 était connu des experts du Centre X. \_\_\_\_\_ qui l'ont dûment pris en compte (pièce annexée au rapport d'expertise scannée le 5 octobre 2010). S'agissant de l'aggravation touchant la jambe du recourant, l'intimé rappelle que seuls les événements survenus jusqu'à la date de la décision querellée sont à prendre en considération.

Les parties ne se sont pas déterminées plus avant.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI. L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours a été déposé dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA)

devant l'autorité judiciaire compétente. Il satisfait en outre aux autres conditions légales de forme (art. 61 let. b LPGA) et est donc recevable.

**2.** 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 (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**3.** Est litigieuse en l'occurrence la suppression de la rente entière d'invalidité du recourant avec effet dès le premier jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision du 17 juin 2013 pour le motif que son état de santé s'est stabilisé entre 2003 (époque de la décision initiale) et l'expertise du Centre X. \_\_\_\_\_ du 21 décembre 2005, respectivement du 31 mars 2010 selon l'intimé, si bien qu'il dispose désormais d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (essentiellement en position assise avec de petits déplacements et sans port de charges lourdes) avec une baisse de rendement de 30%. Le recourant conteste toute amélioration, précisant que ses douleurs au moignon n'ont pas disparu, si bien que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Sur le plan psychique, l'OAI s'est principalement fondé sur le rapport d'expertise du A. \_\_\_\_\_, qui conclut à l'absence d'une atteinte psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant. La valeur probante de cette expertise est contestée par le recourant qui prétend qu'elle est en totale contradiction avec les autres éléments médicaux du dossier, soit les avis des Drs L. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ lesquels ont estimé que les troubles psychiques occasionnaient une invalidité de 20 à 35%. Le recourant requiert à cet effet une évaluation interdisciplinaire de type Centre X. \_\_\_\_\_ afin d'évaluer la répercussion des troubles psychiques sur sa capacité de travail.

**4. a)** Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 III 523 consid. 4.3 et 129 V 1 consid. 1.2). Par conséquent, le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné jusqu'au 31 décembre 2007 selon les dispositions alors en vigueur (ATF 130 V 445 ; 130 V 329), après le 1<sup>er</sup> janvier 2008 selon les modifications de la LAI et de la LPGA consécutives à la 5<sup>e</sup> révision de la LAI, après le 1<sup>er</sup> janvier 2012 selon les modifications de la LAI consécutives à la 6<sup>e</sup> révision de la LAI.

**b)** Selon l'art. 29 LAI tel qu'en vigueur lors du dépôt de la demande du recourant, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou celle dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). En vertu de l'art. 48 al. 2 LAI, tel qu'en vigueur lors du dépôt de la demande de prestations, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut prétendre à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les conditions de naissance du droit à la rente sont les suivantes (art. 28 LAI) : il faut premièrement que la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; il faut deuxièmement que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en

moyenne durant une année sans interruption notable; il faut troisièmement que l'assuré soit invalide à 40% au moins au terme de cette année. Selon l'art. 28 al. 1 LAI tel qu'en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, les rentes sont échelonnées comme suit : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente entière, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente et un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente, un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**c)** 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). Selon la 5<sup>e</sup> révision de la LAI, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être

exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou – comme condition alternative – qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

**5. a)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation

du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

**b)** L'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) prévoit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

L'art. 88bis al. 2 RAI stipule que la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), rétroactivement à la date à laquelle elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI (let. b).

**6. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde 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 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 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et 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, 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 d'un rapport médical, 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).

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).

**b)** Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c ; 124 V 90 consid. 4b ; 136 I 229 consid. 5.3 ; TF, 9C\_382/2008 arrêt du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

**7. a)** En l'occurrence, il convient de rappeler qu'à la suite de la demande initiale de prestations AI, déposée par l'assuré le 25 juillet 2000, l'OAI a reconnu ce dernier invalide à hauteur de 100% et lui a alloué une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2000, par le biais de deux décisions des 29 juillet 2003 (dès le 1<sup>er</sup> août 2003) et 12 septembre 2003 (du 1<sup>er</sup> août 2000 au 31 juillet 2003). L'OAI s'est fondé sur l'avis du SMR du 26 février 2003, ainsi que sur les informations médicales recueillies à l'époque. Ainsi, à la demande de l'OAI, le Dr B. \_\_\_\_\_ a, dans un rapport médical du 6 novembre 2000, précisé que des mesures professionnelles dans l'optique d'un reclassement en position sédentaire ou semi-sédentaire, sans long déplacement, sans position prolongée de la position debout, ni port de charge ou de manutention, pouvaient être envisagées avec une capacité de travail exigible dans une activité adaptée de 25 à 50%. Les limitations fonctionnelles paraissant peu compatibles avec des exigences professionnelles et afin de définir une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré, la REA a soumis l'assuré à un stage au Centre Z. \_\_\_\_\_ de [...] (rapport initial de la REA du 11 avril 2001). Le rapport de synthèse du Centre Z. \_\_\_\_\_ du 23 octobre 2001 fondé sur l'observation professionnelle de l'assuré du 3 au 30 septembre 2001 et l'avis médical du 12 octobre 2001 du Dr K. \_\_\_\_\_, a conclu à son inaptitude, vraisemblablement provisoire, à être réadapté dans le circuit économique normal, même à temps partiel. Le Centre Z. \_\_\_\_\_ a ainsi exposé qu'« étant donné que l'assuré est actuellement en traitement (recherche d'une prothèse bien adaptée), nous estimons que son état de santé doit pouvoir

s'améliorer et nous proposons que l'évolution de cette situation soit régulièrement suivie dans les prochains mois ». A cet égard, il sied de relever que l'assuré a rencontré dès 2000, soit dès la remise de la première prothèse des difficultés d'adaptation de l'appareillage prothétique à l'endroit du moignon d'amputation. Ainsi, après avoir porté deux prothèses dès 2000, l'assuré a bénéficié d'une troisième prothèse en 2001 nécessitant des adaptations. Le 18 mars 2002, le Dr B.\_\_\_\_\_ a procédé à une reprise chirurgicale (ablation du matériel d'ostéosynthèse au fémur droit, au tibia proximal droit et révision du moignon d'amputation de la jambe homolatérale pour suspicion d'enclavement névralgique à l'endroit de la myoplastie de recouvrement), précisant en octobre 2002 que la confection d'un nouvel appareillage prothétique était en cours et devait permettre une meilleure tolérance à l'endroit du moignon d'amputation, chroniquement sensible. Une reprise du travail même dans un poste adapté n'était actuellement pas envisageable en raison d'un handicap majeur affectant l'ensemble du membre inférieur droit aussi bien pour ses déplacements qu'en position assise de manière prolongée (certificat médical intermédiaire LAA du 9 octobre 2002 à V.\_\_\_\_\_ Assurances). Les Drs B.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ont confirmé postérieurement des difficultés d'adaptation de la prothèse (certificats médicaux intermédiaires LAA des 9 octobre 2002 et 7 janvier 2003 et du 11 mars 2003). C'est dans ce contexte que le Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, tout en recommandant une révision à un an, se ralliant à l'époque au point de vue du médecin-conseil du Centre Z.\_\_\_\_\_ et du Dr B.\_\_\_\_\_.

**b)** Une procédure de révision de rente a finalement été initiée le 19 août 2005 par l'OAI, l'assuré ayant complété le questionnaire y relatif le 11 septembre 2005. Sur le plan somatique, il convient d'admettre que l'état de santé du recourant s'est stabilisé par rapport à la situation décrite par le Dr L.\_\_\_\_\_ en mars 2003. On peut le déduire du rapport du Centre X.\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2005 lequel a estimé que la prothèse semblait bien adaptée, le moignon étant sans escarre, mais avec un gradient de température distal et une certaine rougeur, une importante hyperesthésie essentiellement externe et à la percussion du péroné distal

sans aucune pointe osseuse. Les experts ont estimé qu'il n'y avait pas d'explication mécanique à ces douleurs, une scintigraphie osseuse du 22 août 2005 ne montrant pas une hypercaptation dans la région du moignon. Quant à la capacité de travail, elle était entière dans une activité adaptée (sédentaire, en position essentiellement assise, avec des petits déplacements sans charge) avec une diminution de rendement de 30% compte tenu des douleurs. Le rapport ultérieur du 31 mars 2010 du Centre X. \_\_\_\_\_ a conclu à un examen superposable sur le plan orthopédique et a confirmé la capacité de travail, ainsi que les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport de 2005. Les experts ont notamment relevé que sur le plan subjectif, il y avait une péjoration des douleurs du membre inférieur droit proximal et du genou gauche, alors que sur le plan objectif, cette péjoration ne se manifestait pas de façon spectaculaire à l'examen clinique et les radiographies complémentaires effectuées ne montraient pas de signe d'arthrose. Le rapport du 21 octobre 2009 (faisant suite à une radiographie de la colonne lombaire face/profil et radiographie des genoux face, position neutre, profil et incidence axiale de la rotule) dont fait état le recourant dans son écriture du 16 janvier 2015, a été pris en compte par les experts du Centre X. \_\_\_\_\_, puisque c'est précisément le Dr T. \_\_\_\_\_ qui a ordonné les radiographies en question (rapport d'expertise du 31 mars 2010, p. 12 et pièce annexée au rapport).

**c)** Au vu des éléments précités, il y a lieu de retenir que c'est à juste titre que l'intimé a entrepris d'office une procédure de révision en août 2005. En effet, la rente entière d'invalidité avait été octroyée en 2003 dans l'attente d'une stabilisation, respectivement d'une estimation plus précise de la situation médicale, soit à l'issue des essais de prothèse et de traitement de stimulation au niveau du moignon. Dès lors que l'office intimé pouvait raisonnablement s'attendre, plus d'un an après la décision initiale, à ce que l'état de santé du recourant fût stabilisé, il lui appartenait d'examiner si cette situation nouvelle était propre à influencer le degré d'invalidité. A l'issue des multiples essais de prothèse et des différentes tentatives de traitement effectuées par le Dr N. \_\_\_\_\_ (mise en place d'une stimulation épi médullaire, puis d'une pompe intrathécale) soit en 2005 au plus tard (certificats intermédiaires LAA des 7 août et 20

décembre 2004 du Dr N. \_\_\_\_\_ et rapport médical du 18 juin 2004), l'état de santé du recourant pouvait être considéré comme stabilisé et n'était plus de nature, moyennant une diminution de rendement de 30% – taux fixé par le Centre X. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 21 décembre 2005 –, à l'empêcher de reprendre une activité adaptée. Les experts du Centre X. \_\_\_\_\_ ont d'ailleurs admis que sur le plan antalgique, il n'y avait plus de mesures additionnelles à proposer, puisque tous les antalgiques avaient été tentés de même que les antidépresseurs et les antiépileptiques, ainsi que la stimulation épimédullaire. La diminution de rendement de 30% était retenue si les mesures thérapeutiques suggérées (programme de rééducation à la marche) n'étaient pas appliquées. L'amélioration de la démarche devait ainsi permettre l'économie du rachis lombaire sollicité de manière inadéquate, puis dans la mesure du possible l'abandon de la canne à gauche également délétère. La Cour de céans constate au demeurant que le recourant n'envisageait pas l'intervention préconisée par les experts (amputation mi-jambe). Le fait qu'il ait finalement opté pour une autre intervention près de deux ans après le rapport d'expertise du Centre X. \_\_\_\_\_, ne saurait remettre en cause la capacité résiduelle de travail de l'assuré dès 2006, dès lors qu'une activité adaptée se déroulant essentiellement en position assise était préconisée.

**d)** Le point de savoir si un changement des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité résulte effectivement d'une amélioration de l'état de santé du recourant peut à cet égard demeurer indécis. L'analyse des états de fait déterminants fait apparaître une évolution significative quant à l'aptitude objective de l'intéressé à reprendre une activité lucrative, ce qui est suffisant pour constituer un motif de révision. En outre, contrairement à l'opinion du recourant, le versement d'indemnités journalières au sens de l'art. 22 LAI ne pouvait entrer en ligne de compte même en cas d'état de santé non stabilisé, puisqu'en matière d'assurance-invalidité, de telles prestations ont uniquement pour but de compléter les mesures de réadaptation, soit à garantir la subsistance des assurés et des membres de leur famille pendant la période de réadaptation. Enfin, il ne saurait être tenu compte d'une éventuelle aggravation de l'état de la jambe du recourant

intervenue en 2015 (écriture du recourant du 16 janvier 2015), puisqu'il s'agit d'un fait survenu postérieurement à la date de la décision litigieuse du 17 juin 2013. Cet élément n'a par conséquent pas à être pris en considération, dès lors qu'il n'était pas susceptible d'influencer l'appréciation du cas au moment déterminant de la décision litigieuse. Si le recourant estime effectivement que sa situation a évolué défavorablement depuis la date de la décision litigieuse, il lui est loisible de faire valoir une modification de son état de santé en s'adressant à nouveau aux organes de l'assurance-invalidité (art. 87 al. 3 et 4 RAI).

**8. a)** Dans un second moyen, le recourant soutient que son état de santé psychique s'est aggravé, le Centre X. \_\_\_\_\_ concluant à une aggravation symptomatologique entre 2005 et 2010. Le recourant fait grief à l'intimé ne pas avoir tenu compte dans le cadre de son appréciation des avis des Drs L. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ lesquels ont admis une invalidité de 20 à 35% en raison des troubles psychiques. Compte tenu des éléments précités, il sollicite un complément d'instruction sous la forme d'une évaluation interdisciplinaire de type Centre X. \_\_\_\_\_.

**b)** Les arguments soulevés par le recourant n'autorisent pas à remettre en cause l'appréciation des preuves à laquelle s'est livré l'intimé. L'OAI a en effet expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il considérait que l'expertise du A. \_\_\_\_\_ permettait de conclure que les diagnostics de stress post-traumatique existant depuis la date de l'accident et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité légère n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Une évaluation médicale complète telle que l'expertise susmentionnée ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions.

Pour défendre sa position, le recourant s'appuie en l'espèce exclusivement sur le point de vue de son médecin traitant, le Dr L. \_\_\_\_\_

et de son psychiatre traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_. Il est vrai que, malgré des constats diagnostiques similaires, l'opinion du A.\_\_\_\_\_ et le médecin traitant concernant la question de l'étendue de la capacité de travail diverge notablement. Alors que le A.\_\_\_\_\_ conclut à l'absence d'incapacité de travail, le médecin traitant estime que celle-ci doit être fixée entre 20 et 35%, affirmant que le psychiatre traitant partage cette évaluation (rapport médical du 19 avril 2013 à l'OAI). Toutefois, l'avis du psychiatre traitant s'avère moins tranché. Ainsi, dans son rapport médical du 13 février 2012 à l'OAI, le Dr D.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique et de PTSD séquellaire. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de son patient, car la chronicisation de la situation et les enjeux asséurologiques ne permettaient pas une évaluation sereine et objective. Son constat médical était comparable au compte rendu du Dr P.\_\_\_\_\_ du Centre X.\_\_\_\_\_ lors de son expertise du 7 mai 2010. C'est dans ce contexte que l'office intimé a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du A.\_\_\_\_\_, lequel a conclu dans son rapport du 30 août 2012 et son complément du 7 février 2013 à l'absence d'aggravation significative de l'état clinique de l'assuré par rapport à celui décrit dans les expertises du Centre X.\_\_\_\_\_ de 2005 et 2010 et à l'absence de limitation quantitative (temps ou rendement) du point de vue psychiatrique. Le A.\_\_\_\_\_ a ainsi précisé que le syndrome de stress post-traumatique se manifestait, dans le cas de l'assuré, par des symptômes d'angoisse et d'évitement lesquels avaient un caractère occasionnel selon l'intéressé. Il sied en outre de rappeler que dans son rapport d'expertise du 21 décembre 2005, le Centre X.\_\_\_\_\_ relevait quelques signes d'état de stress post-traumatique, mais dans l'ensemble peu de phénomènes intrusifs au quotidien. Quant au rapport du 31 mars 2010, le Centre X.\_\_\_\_\_ a fait état de symptômes de stress post-traumatique (angoisse et évitement) et un épisode dépressif modéré influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité (incertitude sociale).

Cela étant, il n'est pas suffisant de juxtaposer l'avis différent de son médecin traitant à celui de l'expert dont les conclusions sont contestées. Car en procédant de la sorte, le recourant ne démontre pas,

par une argumentation précise et étayée, que l'expertise du A.\_\_\_\_\_, respectivement du Centre X.\_\_\_\_\_ comporterait des contradictions manifestes ou ignorerait des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels, ni n'explique en quoi le point de vue de son médecin traitant serait objectivement mieux fondé que celui de l'expert ou justifierait – au travers des éléments qu'il mettrait en évidence – la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une évaluation interdisciplinaire de type Centre X.\_\_\_\_\_. Le Dr L.\_\_\_\_\_, qui n'est pas spécialiste en psychiatrie, s'est contenté, dans les différentes prises de position qu'il a rédigées, d'exposer péremptoirement son point de vue personnel de la situation, sans donner d'explications précises, fondées sur la description d'observations cliniques concrètes, sur les raisons pour lesquelles la symptomatologie empêcherait objectivement le recourant de reprendre une activité professionnelle. On soulignera en particulier que le Dr D.\_\_\_\_\_ a, après examen des rapports du A.\_\_\_\_\_, admis que les diagnostics psychiatriques rejoignaient ses propres observations, sans toutefois se déterminer quant à la capacité de travail de l'assuré, alors que ce dernier est son patient depuis le 9 juillet 2008. On peine dans ce contexte à saisir comment le Dr D.\_\_\_\_\_ a été en mesure de retenir, dans un courrier du 10 juin 2009 à V.\_\_\_\_\_ Assurances, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, sans objectiver une aggravation de l'état de santé de son patient ni mettre en évidence des éléments que les experts du Centre X.\_\_\_\_\_ auraient ignorés dans leurs rapports d'expertise des 21 décembre 2005 et 31 mars 2010.

**c)** En conclusion, au vu des éléments indiqués ci-dessus, la Cour de céans confirme la pleine valeur probante de l'expertise psychiatrique confiée par l'intimé au A.\_\_\_\_\_. Cela étant, il y a lieu de constater que, le A.\_\_\_\_\_ n'ayant retenu aucun diagnostic psychiatrique ni aucune limitation fonctionnelle de cette nature ayant effet sur la capacité de travail du recourant et conclu que ce dernier disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, c'est avec raison que l'intimé a conclu à l'absence d'aggravation de l'état de santé psychique depuis 2003.

Force est dès lors de retenir que le recourant présente une capacité de travail de 100% avec un rendement réduit à 30%.

**9.** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner l'instruction complémentaire requise par le recourant (mise en œuvre d'une évaluation interdisciplinaire de type Centre X.\_\_\_\_\_). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait 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 ; 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

**10.** Cela étant, il convient de procéder au calcul de la perte de gain du recourant, afin de déterminer si cette dernière justifiait le maintien d'une rente. En l'espèce, il convient de se placer au moment où les conditions de la révision sont réalisées pour procéder à la comparaison des revenus, soit en l'occurrence en 2005 (année de stabilisation de l'état de santé du recourant), contrairement au calcul effectué par l'intimé. Les revenus avec et sans invalidité n'ont fait l'objet d'aucun grief de la part du recourant, sous réserve de la question du taux d'abattement.

**a)** 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

**b)** La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas

tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 et 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'oeuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 293 consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 8C\_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 ; 9C\_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C\_236/2008 du 4 août 2008 ; TFA I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3 ; Pratique VSI 6/1999 p. 246 consid. 1 et les références citées).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre du recourant qu'il change d'orientation professionnelle pour rechercher une activité adaptée à son état de santé, possibilité dont il dispose théoriquement sur un marché du travail équilibré. Il y est d'ailleurs tenu en vertu de son obligation de diminuer le dommage. Sur le marché du travail entrant en considération pour le recourant, on doit convenir qu'il existe un certain nombre d'activités qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux membres inférieurs, partant qui sont adaptées à son état de santé. On peut ainsi évoquer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle, ou d'autres qui consistent à approvisionner et à surveiller des machines ou des unités de production automatiques ou semi-automatiques (TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 5.3.1 et références citées).

**c)** Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1 et I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1).

En l'espèce, ce salaire a été calculé sur la base des informations données par l'employeur le 26 novembre 2009 à la REA (détail du calcul du salaire exigible), à savoir que l'assuré aurait perçu s'il avait poursuivi son activité auprès de la F. \_\_\_\_\_ un montant de 3'500 fr. mensuel brut fois 13. Ce montant n'est pas contesté par le recourant. Il s'avère toutefois qu'il ne correspond pas à l'ensemble des revenus que le recourant aurait pu réaliser s'il avait poursuivi ses activités auprès de la F. \_\_\_\_\_ et de H. \_\_\_\_\_ qui aurait été de 56'300 fr (soit 45'500 fr. auprès de la F. \_\_\_\_\_ [3'500 fr. X 13] et 10'800 fr. auprès de H. \_\_\_\_\_ [900 fr. X 12] ; fax du 21 juillet 2005 de H. \_\_\_\_\_ à V. \_\_\_\_\_ Assurances).

**d)** Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; VSI 1999 p. 182).

**aa)** En l'occurrence, le salaire de référence retenu par l'intimé correspond au niveau de qualification 4, soit déjà au niveau salarial le plus bas. Ce revenu est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2005 et non en 2003 comme retenu par l'intimé, de 4'588 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4). Compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (+1.20%) et d'une baisse de rendement de 30%, le revenu mensuel s'élève à 3'386 fr. 65, ce qui donne un salaire annuel de 40'640 francs. Partant, la perte de gain est de 28% et non de 11%.

**bb)** Le montant résultant des statistiques peut encore faire l'objet d'une réduction dépendant de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au

handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées; voir également TFA I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 5.3.3). Toutefois, lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail. En principe, il n'y a pas lieu d'opérer en plus un abattement lié au handicap (TF 9C\_40/2011 du 1er avril 2011 consid. 2.3.1 ; 8C\_827/2009 du 26 avril 2010 consid. 4.2.1 ; 9C\_980/2008 du 4 mars 2009 consid. 3.1.2 ; 8C\_765/2007 du 11 juillet 2008 consid. 4.3.3 ; 9C\_344/2008 du 5 juin 2008 consid. 4 et I 69/07 du 2 novembre 2007 consid. 5.1). En revanche, un abattement à raison d'autres circonstances est admissible dans la limite maximale de 25% (TF 8C\_585/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.3).

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif

pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

Dans le cas présent, les experts estiment que le recourant est apte à travailler à 100% dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire en position essentiellement assise, avec des petits déplacements sans charge, soit une activité de bureau ou assis à l'établi, de surveillance d'écrans, mais avec un rendement réduit de 30% à cause des douleurs ressenties. C'est à juste titre que l'intimé n'a pas examiné la situation du recourant au regard de la jurisprudence sur l'évaluation de l'invalidité d'un assuré proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, puisqu'il était âgé de 57 ans au moment où la décision litigieuse a été rendue, ce qui ne correspond pas à la limite d'âge à partir de laquelle le Tribunal fédéral admet qu'il peut être plus difficile pour un assuré de se réinsérer sur le marché du travail (TF 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2; 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Pour le surplus, le seul fait pour le recourant de rappeler ses circonstances personnelles ou professionnelles – en particulier des limitations fonctionnelles importantes dont on a vu qu'elles permettaient d'exercer une activité adaptée à plein temps avec une diminution de rendement, un trouble dépressif persistant dont il a été établi qu'il était influencé par des facteurs étrangers à l'invalidité (incertitude sociale) ou l'absence de formation qui n'exclut nullement l'existence sur un marché équilibré du travail de nombreuses activités n'en exigeant pas, pas plus que l'usage de la force –, ne permet pas d'opérer un abattement lié au handicap.

En définitive, après comparaison entre le revenu sans invalidité (56'300 fr.) et celui d'invalidité (40'640 fr.), il en résulte une perte de gain de 15'660 fr. correspondant à un degré d'invalidité de 28%, conduisant à la suppression de la rente de l'assuré dès le premier jour du deuxième mois à compter de la notification de la décision litigieuse du 17 juin 2013.

**11.** Vu l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être intégralement rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

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 d'invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. La partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge du recourant, qui succombe.

Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (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 17 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs).
- 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 Pierre Bauer (pour U. \_\_\_\_\_)
- 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 :