

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 novembre 2010

Présidence de M. NEU
Juges : MM. Jomini et Dind
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

Y. _____, à Payerne, recourant, représenté par Me Laurent Gilliard, avocat
à Payerne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après: l'assuré), né en 1963, originaire du Kosovo et au bénéfice d'un permis d'établissement, sans formation professionnelle, a notamment travaillé en qualité de charpentier à Combremont-le-Petit jusqu'en janvier 2003, avant d'être mis au bénéfice des prestations de l'assurance-chômage.

Le 5 avril 2005, il a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations pour adultes tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, se prévalant de problème osseux au tibia et au genou gauche depuis janvier 2003.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI s'est adressé au Dr H._____, chirurgien orthopédique FMH à Lausanne. Le 27 avril 2005, ce médecin a posé le diagnostic de cal vicieux du tibia gauche dû à une fracture dans l'enfance traitée par ostéosynthèse au Kosovo, avec probable infection non documentée, une ostéite chronique du tibia gauche et un cal vicieux en varus du tibia gauche. Il a retenu une incapacité de travail totale à compter du 18 février 2003, qui avait probablement duré jusqu'à début juin 2003. Il a relevé qu'une reprise d'activité professionnelle ne lui semblait pas possible avant le début de l'été 2005.

Dans l'annexe au rapport médical, du 27 avril 2005, le Dr H._____ a indiqué que la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent pouvait être améliorée par des mesures médicales d'ostéotomie, précisant que des aménagements du poste de travail comme charpentier paraissaient difficiles. Il a également relevé qu'on pouvait exiger de l'assuré d'exercer une autre activité, soit toute activité ne l'obligeant pas à se déplacer sur des toits, des terrains inégaux, à soulever des grosses charges ni à être exposé aux intempéries, à 100% et sans limitations. Il a par ailleurs décrit les limitations fonctionnelles de l'intéressé dans un

rapport médical concernant les capacités professionnelles, notant que la capacité de travail dans une autre profession existait depuis le début de l'été 2005.

L'OAI s'est en outre adressé au Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne à Payerne et médecin traitant de l'assuré. Dans son rapport du 9 mai 2005, ce praticien a posé les diagnostics d'ostéite chronique du tibia gauche, un status après ostéite chronique du tibia proximal gauche traitée par séquestrectomie, anti-biothérapie et billes de Garamycin, d'ablation des billes en 2003, de reprise d'ostéotomie de valgisation par plaques externes et ablation des deux agrafes et de pose d'un lambeau pédiculé proximal du genou interne pour couverture du défaut cutané. L'incapacité de travail a été évaluée à 100% du 13 janvier au 31 octobre 2003 et à 100% depuis le 23 août 2004. Compte tenu de l'évolution chronique des récurrences fréquentes et des complications alignées au foyer primitif et à la correction par ostéotomie, il a relevé que le patient n'était pas encore apte à reprendre une quelconque activité professionnelle, l'activité de charpentier n'étant plus possible, ajoutant que des mesures de réadaptation professionnelles - qui ne pouvaient être entreprises pour le moment - devaient être envisagées parallèlement à la guérison.

Le 10 mai 2005, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande d'allocation pour impotent, indiquant ne pas pouvoir, sans aide, se tenir en équilibre, se déplacer sur une grande distance, s'occuper des tâches ménagères ni porter quelque chose avec les cannes, ajoutant que la présence régulière de sa famille était nécessaire. Cette demande a été complétée par des indications du Dr N._____. Suite à une enquête effectuée au domicile de l'assurée, par décision du 15 septembre 2005, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une allocation pour impotent, motif pris que le besoin d'aide pour accomplir au moins deux actes de la vie courante - à savoir faire sa toilette et se déplacer, selon les résultats de ladite enquête - n'avait pas duré une année au moins.

Le cas a été soumis au Dr X._____, médecin au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui a retenu, dans un rapport du 15 septembre 2005, qu'un mandat de réadaptation devait être établi une fois que l'assuré serait apte au travail et qu'il convenait de se renseigner auprès du Dr H._____ pour déterminer l'évolution de l'état de santé de l'assuré et sa capacité de travail.

A nouveau interpellé par l'OAI, dans un rapport du 28 septembre 2005, le Dr H._____ a exposé ce qui suit dans les diagnostics:

"Séquelle de cal vicieux du tibia proximal G à la suite d'une fracture traitée par ostéosynthèse à l'âge de 11 ans, s'étant compliquée d'une ostéite chronique pour laquelle nous avons réalisé le 12.11.04 une ostéotomie de valgisation du tibia proximal G et une ostéotomie du péroné distal G. Les suites ont été compliquées par une nécrose cutanée qui a nécessité dans un premier temps la confection d'un lambeau pédiculé proximal du jumeau interne G, associée à une reprise d'ostéotomie de valgisation par plaque externe et re fixation de la TTA par triple vissage. Les suites ont été favorables au niveau du tibia, en revanche le patient a développé progressivement des douleurs invalidantes au niveau de l'ostéotomie du péroné, raison pour laquelle une cure de pseudarthrose du péroné a été réalisée au début de l'été 2005".

Le Dr H._____ a relevé que l'incapacité de travail, attestée officiellement depuis le 11 novembre 2004, était encore en cours. Il a signalé des douleurs persistantes à la face interne du genou gauche et le long de la cicatrice de la cure de pseudarthrose du péroné gauche, a constaté une cicatrice sensible, une consolidation en bonne voie d'acquisition et l'absence de démontage. Il a retenu un pronostic en principe favorable avec une reprise du travail envisageable dans un métier adapté probablement pour début décembre 2005. En outre, il a retenu que l'exercice d'une autre activité était exigible, se référant à son précédent rapport. S'agissant de la capacité de travail tenant compte des limitations existantes, il a noté que "Tout travail sédentaire assis ne comportant pas d'effort devrait permettre de reprendre une capacité de travail à 100% dès début décembre 2005".

Le dossier de l'assuré auprès de la Caisse-maladie C._____, assureur-maladie lui servant des indemnités journalières, a également été produit. Y figurent notamment les documents médicaux suivants:

- un rapport du 29 octobre 2005 du Dr Q._____, médecin-conseil auprès de la Caisse-maladie C._____, selon lequel l'assuré devait pouvoir reprendre une activité professionnelle à 100% dans une activité ne sollicitant pas de manière excessive son membre inférieur gauche, soit en évitant la position debout et la marche prolongées, les positions en équilibre instable, le travail sur des échafaudages ou des échelles et le port de charges supérieures à 15 kilos de manière répétitive, la capacité de travail devant être considérée comme nulle de façon définitive dans l'activité de charpentier.

- un rapport du 29 septembre 2005 du Dr H._____, retenant les diagnostics de début de gonarthrose interne sur geno varum post-traumatique dans l'enfance, de status après séquestrectomie du tibia proximal pour ostéite chronique et ostéotomie de valgisation proximale du tibia gauche et ostéotomie du péroné gauche, une reprise du travail pouvant être envisagée dès le début de l'année 2006, la capacité de travail dans une activité adaptée étant de 100% depuis octobre 2005 pour "tout travail sédentaire ne comportant que l'utilisation de ses deux membres supérieurs et faisant appel à son intelligence".

- un rapport du 7 septembre 2005 du Dr N._____, posant les diagnostics de status après reprise opératoire d'un foyer d'ostéomyélite du tibia gauche et d'instabilité tibio-péronière avec plaque de stabilisation posée le 23 juin 2005, la capacité de travail étant nulle dans l'activité de charpentier.

Dans un rapport final du 25 janvier 2006, l'OAI a indiqué que l'assuré était capable d'exercer une activité adaptée à 100%, ne comportant pas de marche sur les toits ou sur des terrains accidentés et évitant le port de charges supérieures à 15 kilos. Il s'est référé à un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage

ou surveillance d'un processus de production, et à un salaire exigible pour 2005 de 52'274 fr. 48 tenant compte d'un abattement de 10%. Il a également retenu un revenu sans invalidité de 56'889 fr. 29 selon la convention collective de travail applicable à la profession de charpentier.

B. Dans une communication du 24 février 2006, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une rente limitée dans le temps du 1^{er} novembre 2005 au 28 février 2006. Il a retenu que la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte depuis le 12 novembre 2004 et que, depuis décembre 2005, elle était à nouveau totale dans une activité adaptée à son état de santé. Compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré, l'OAI a retenu que ce dernier pouvait exercer un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, comme le montage ou la surveillance d'un processus de production, lui permettant de réaliser, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires pour 2005, un salaire de 58'082 fr. 76, dont à déduire un abattement de 10%, soit un revenu annuel d'invalidé de 52'274 fr. 48. En comparaison avec un revenu sans invalidité dans l'activité de charpentier, fixé pour 2005 à un salaire annuel de 56'889 fr. 29, l'OAI a mis en exergue un degré d'invalidité de 8%, ne donnant pas droit à une rente ni à des mesures d'ordre professionnel.

Par décision du 19 mai 2006, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2005 au 28 février 2006, en raison d'un degré d'invalidité de 100%.

Le 18 juin 2006, l'assuré a formé opposition contre cette décision, faisant valoir que son état de santé ne lui permettait pas d'envisager un emploi à 100% dans son domaine d'activité et sollicitant un nouvel examen de son état de santé, en vue de mesures professionnelles et d'une rente. Il a déposé un certificat médical du 15 février 2006 du Dr N._____ attestant une incapacité de travail, ayant débuté le 23 août 2004, se poursuivant dans l'activité habituelle de charpentier.

Par décision sur opposition du 16 mai 2008, l'OAI a maintenu sa position. Il a retenu que, selon les Drs H. _____ et N. _____, l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de déplacements sur les toits ou les terrains inégaux, pas de soulèvement de charges lourdes et pas d'activités exposées aux intempéries) dès le 1^{er} décembre 2005, de sorte que l'activité de charpentier n'était plus exigible. Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 56'889 fr. 29 en qualité de charpentier et d'un revenu d'invalidité de 52'274 fr. 48 dans une activité simple et répétitive dans le domaine industriel et respectant ses limitations fonctionnelles, il a mis en évidence un degré d'invalidité de 8% ne donnant pas droit à une rente d'invalidité ni à des mesures d'ordre professionnel.

C. Par acte du 16 juin 2008 de son mandataire, Y. _____ défère cette décision au Tribunal des assurances et conclut, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de celle-ci et à l'octroi au minimum d'une demi-rente d'invalidité, subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction.

L'assuré fait valoir que les documents médicaux sur lesquels s'appuie l'OAI manquent de clarté, étant donné que, dans son rapport du 28 septembre 2005, le Dr H. _____ précise que l'intéressé devait pouvoir recouvrer une capacité de travail dès début décembre 2005, relevant qu'il s'agissait d'un espoir du médecin. S'appuyant sur un certificat médical du 19 juin 2007 du Dr N. _____, attestant de la poursuite de l'incapacité de travail depuis 2004 jusqu'à la fin de l'année 2007, il fait valoir que les espoirs des médecins auxquels se réfère l'OAI se sont révélés vains. Il soutient que son affection osseuse ne s'est pas améliorée et signale avoir interpellé son médecin pour établir un rapport plus détaillé, requérant le droit de compléter son mémoire par la suite. Ainsi, il estime que l'OAI a statué sur la base de documents médicaux ne correspondant plus à son état de santé réel et, faisant valoir qu'il ne peut rester longtemps dans la même position, soutient qu'il ne pourra pas travailler à un taux supérieur à 50%. Il dépose par ailleurs le certificat médical précité du Dr N. _____.

D. Dans sa réponse du 20 août 2008, l'OAI conclut au rejet du recours, indiquant ne rien avoir à ajouter à la décision attaquée.

Le recourant dépose des observations complémentaires en date du 23 septembre 2008, se référant au rapport du 28 septembre 2005 du Dr H. _____ et réitérant ses arguments. Il relève également qu'il a subi cinq opérations au mollet gauche, qu'il souffre de douleurs intenses lorsqu'il pèse sur sa jambe et qu'il ne peut rester assis longtemps car sa jambe gonfle, avant de préciser maintenir intégralement les conclusions de son recours.

Le 15 octobre 2008, l'OAI fait valoir que les arguments présentés par le recourant ne sont pas de nature à remettre en cause sa position, précisant qu'il se base sur les avis clairs des Drs H. _____ et Q. _____, une expertise n'étant dès lors pas nécessaire. Il conclut au rejet de la requête d'expertise et du recours.

Le 27 novembre 2008, le recourant reprend ses arguments, fait valoir que le pronostic émis par le Dr H. _____ quant à la reprise d'une capacité de travail entière après décembre 2005 est dénué de valeur probante et dépose un certificat médical du 9 juillet 2008 du Dr N. _____, retenant une incapacité de travail depuis le 9 juillet 2008 pour une durée probable d'un an, ainsi que des photographies de sa jambe, soutenant que celle-ci présente un état pathologique. Il déclare à nouveau maintenir intégralement les conclusions de son recours.

Par décision du 28 novembre 2008, l'assuré est mis au bénéfice de l'octroi de l'assistance judiciaire avec effet au 18 novembre 2008.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1)

s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent; respectant pour le surplus les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'une suppression de rente.

2. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les

traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale

soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

c) Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

d) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3).

Aux termes de l'art. 17 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont 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; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

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 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). 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 (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

3. En l'espèce, est litigieux l'octroi d'une rente d'invalidité en faveur du recourant. Dans la décision attaquée, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière limitée dans le temps du 1^{er} novembre 2005 au 28 février 2006, en raison d'un degré d'invalidité de 100%. Pour sa part, le recourant conclut en substance au maintien de son droit à la rente, soit au minimum à l'octroi d'une demi-rente, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction.

a) Au vu des pièces médicales figurant au dossier, on retiendra que le recourant présente notamment les diagnostics d'ostéite chronique du tibia gauche et d'un cal vicieux en varus du tibia gauche, ce qui n'est pas contesté par les parties. Dans son rapport du 28 septembre 2005, le Dr H. _____ a mentionné une opération consistant en une ostéotomie de valgisation du tibia proximal gauche et une ostéotomie du péroné distal gauche, effectuée le 12 novembre 2004, avec une évolution défavorable. Il

a ajouté que l'incapacité de travail, attestée officiellement depuis le 11 novembre 2004, était encore en cours. On retiendra donc, avec l'OAI, que le recourant présente une incapacité de travail de longue durée depuis novembre 2004, ce que ne conteste pas le recourant. C'est donc à bon droit que l'OAI a reconnu le droit du recourant à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2005, soit après le délai de carence d'une année (art. 28 LAI).

b) A l'appui de ses conclusions, le recourant conteste la suppression de son droit à la rente, arguant notamment du fait que le rapport du 28 septembre 2005 du Dr H._____ ne permet pas de démontrer clairement une amélioration de son état de santé justifiant le retour à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès début décembre 2005. Dans le rapport précité, le Dr H._____ a retenu un pronostic en principe favorable avec une reprise du travail envisageable dans un métier adapté probablement pour début décembre 2005. En outre, il a retenu que l'exercice d'une autre activité était exigible, se référant à son précédent rapport (en l'occurrence, du 27 avril 2005, qui se réfère à toute activité à 100% et sans limitations n'obligeant pas l'intéressé à se déplacer sur des toits, des terrains inégaux, à soulever des grosses charges ni à être exposé aux intempéries). S'agissant de la capacité de travail tenant compte des limitations existantes, il a noté que "Tout travail sédentaire assis ne comportant pas d'effort devrait permettre de reprendre une capacité de travail à 100% dès début décembre 2005".

Dans son rapport du 29 septembre 2005, produit par la Caisse-maladie C._____, le Dr H._____ a indiqué qu'une reprise du travail pouvait être envisagée dès le début de l'année 2006, la capacité de travail dans une activité adaptée étant de 100% depuis octobre 2005 pour "tout travail sédentaire ne comportant que l'utilisation de ses deux membres supérieurs et faisant appel à son intelligence". Pour le surplus, les autres rapports médicaux figurant au dossier se réfèrent principalement à l'activité de charpentier, de sorte qu'ils ne sont pas réellement utiles pour déterminer l'existence d'une amélioration de l'état de santé justifiant la reprise d'un travail dans une activité adaptée.

Compte tenu du rapport du 28 septembre 2005 du Dr H._____, corroboré par le rapport de ce même médecin du 29 septembre 2005, on retiendra que le recourant présente une amélioration de son état de santé à tout le moins depuis début décembre 2005, permettant l'exercice à plein temps et sans diminution de rendement d'une activité adaptée n'obligeant pas l'intéressé à se déplacer sur des toits, des terrains inégaux, à soulever des grosses charges ni à être exposé aux intempéries. Il n'y a pas d'autre document médical au dossier infirmant l'avis de ce praticien. Au contraire, dans son rapport du 29 octobre 2005, le Dr Q._____ a indiqué que l'assuré devait pouvoir reprendre une activité professionnelle à 100% ne sollicitant pas de manière excessive son membre inférieur gauche, soit en évitant la position debout et la marche prolongées, les positions en équilibre instable, le travail sur des échafaudages ou des échelles et le port de charges supérieures à 15 kilos de manière répétitive.

Dès lors, contrairement à ce que semble retenir le recourant, le rapport du 28 septembre 2005 du Dr H._____ ne constitue pas le seul document permettant de retenir l'existence d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré, étant donné que le rapport de ce médecin du 29 septembre 2005 et celui du 29 octobre 2005 du Dr Q._____ vont dans le même sens. Dans ces conditions, on ne saurait dire que l'avis du Dr H._____ ne constitue qu'un espoir (pour reprendre le terme utilisé par le recourant) ou une simple hypothèse quant à la reprise d'une capacité de travail dans une activité adaptée. Lorsque le recourant soutient en particulier que son affection osseuse ne s'est pas améliorée, qu'il ne peut rester assis longtemps dans la même position et qu'il souffre de douleurs intenses lorsqu'il pèse sur ses jambes, on relèvera en premier lieu qu'il ne se fonde sur aucun document médical et, surtout, que de tels empêchements ne justifient pas une incapacité de travail dans une activité adaptée telle que retenue par le Dr H._____ (rapport du 27 avril 2005, par renvoi du rapport du 28 septembre 2005), par le Dr Q._____ (rapport du 29 octobre 2005) et enfin par l'OAI, qui ne se fonde que sur une activité légère, respectivement dans le domaine industriel léger.

Quant aux certificats médicaux des 19 juin 2007 et 9 juillet 2008 du Dr N._____ sur lesquels s'appuie le recourant, on relèvera préalablement que de tels documents ne peuvent être pris en compte que dans la mesure où ils se réfèrent à l'état de santé de l'assuré jusqu'au 16 mai 2008, étant donné que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et que les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4; TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Bien plus, force est de constater que ces certificats médicaux, dénués de motivation et émanant de surcroît du médecin traitant de l'assuré, ne sauraient remettre en cause l'avis des Drs H._____ et Q._____. Ces certificats ne précisent au demeurant pas si l'incapacité de travail mentionnée se rapporte à toute activité, même légère, ou simplement à l'activité de charpentier, exercée précédemment par l'intéressé. On ne voit par ailleurs pas en quoi la simple production de photographies de la jambe de l'assuré - en l'absence de toute explication émanant d'un médecin - suffirait à démontrer l'impossibilité d'exercer une activité légère. Le recourant n'a en outre pas déposé de rapport plus détaillé permettant d'appuyer sa motivation, ce qu'il avait pourtant annoncé dans son recours.

c) Dès lors, le recourant ne démontre pas en quoi les avis des Drs H._____ et Q._____ seraient erronés. Convaincante et suffisamment motivée, la thèse défendue par ces médecins satisfait aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. On retiendra donc, comme l'OAI, que le recourant a recouvré une capacité de travail entière à compter du 1^{er} décembre 2005, justifiant une modification de son droit à la rente après un délai de trois mois (art. 88a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]), soit en l'occurrence dès le 1^{er} mars 2006. Au surplus, le calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI, qui n'est pas contesté par le recourant, satisfait aux exigences en la matière. Un travail simple et répétitif dans le

domaine industriel léger (comme le montage ou la surveillance d'un processus de production), exercé à plein temps et sans diminution de rendement, correspond aux limitations fonctionnelles du recourant (pas de déplacement sur les toits ou terrains inégaux, pas de soulèvement de grosses charges, pas de travail exposé aux intempéries, selon les indications du Dr H. _____ dans son rapport du 27 avril 2005, par renvoi de son rapport du 28 septembre 2005). Le taux d'abattement de 10% du revenu d'invalidé, compte tenu des circonstances personnelles de l'assuré, n'apparaît pas arbitraire (ATF 126 V 75, consid. 3-5; TF I 925/06 du 26 novembre 2007). Ainsi, le droit à la rente d'invalidité doit être supprimé au 28 février 2006, motif pris d'un degré d'invalidité inférieur au seuil minimum de 40% donnant droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

4. Il résulte de ce qui précède que le droit du recourant à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} novembre 2005 au 28 février 2006 doit être maintenu. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Au vu de ce qui précède, le dossier est suffisamment complet du point de vue médical pour que la cause soit tranchée, de sorte qu'il y a lieu de rejeter la demande du recourant visant à un renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction.

5. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe. Ceux-ci doivent être fixés à 250 fr., vu l'ampleur de la procédure et conformément à l'avance de frais effectuée par le recourant, avant que l'assistance judiciaire lui soit accordée.

b) Vu l'issue du litige, il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 16 mai 2008 est confirmée.

- III.** Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge du recourant Y._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Laurent Gilliard, avocat à Payerne (pour Y._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :