

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 octobre 2009

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Berthoud et M. Monod, assesseurs
Greffier : M. Cuérel

* * * * *

Cause pendante entre :

C._____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Eric Kaltenrieder, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16, 17 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 aLAI ; 87 ss RAI

E n f a i t :

A. C._____, né le 24 août 1969, originaire de Serbie, a été victime d'un accident de moto en date du 5 octobre 2000. Il a souffert fracture ouverte comminutive du tibia proximal gauche, d'un arrachement de la tibio-péronière gauche ainsi que d'une fracture de stade II de l'extrémité distale de la pointe de la malléole externe gauche.

Il a été hospitalisé à l'Hôpital M._____, où il a subi une réduction de sa fracture du tibia par enclouage centro-médullaire verrouillé proximale, de même que des ostéosynthèses, après parage des plaies, de la syndesmose tibio-péronière proximale ainsi que de la fracture de la pointe de la malléole externe. C._____ a séjourné dans cet établissement hospitalier jusqu'au 18 octobre 2000, date à laquelle il a été transféré à la Policlinique V._____. Il y est demeuré jusqu'au 10 novembre 2000.

En arrêt de travail complet depuis la date de son accident, l'assuré a ainsi dû cesser son activité principale de mécanicien auprès de l'entreprise [...] à [...], de même que celle, accessoire, de concierge qu'il exerçait pour le compte de la Ville de [...]. Il a tenté de reprendre son activité chez [...] à 50% dès le 27 février 2001 mais a dû y mettre un terme dès le 21 mai 2001 en raison de la mauvaise évolution de sa fracture.

Dans un rapport médical intermédiaire du 5 juin 2001 destiné à l'assureur-accidents de C._____, le Dr P._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à la Policlinique V._____, a notamment fait état d'un retard de consolidation de la fracture du tibia.

Le 14 juin 2001, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) (mesures de reclassement et rente).

Dans un rapport médical du 22 août 2001, le médecin traitant de l'assuré, le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine générale à Yverdon-les-Bains, pose le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de status après fracture ouverte comminutive du tibia gauche, de retard de consolidation et d'évolution vers une pseudarthrose, ainsi que de décompensation en varus du genou gauche.

Ce praticien y relève également que la situation n'est pas stabilisée sur le plan médical, que la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales et qu'une réévaluation après une année est souhaitable pour autant que l'opération chirurgicale prévue le 31 août 2001 permette de régler le problème orthopédique.

Dans un rapport complémentaire du 29 août 2001, le Dr D._____ juge qu'il était prématuré de se prononcer sur l'évaluation de la réinsertion professionnelle ainsi que sur la demande de rente présentée par l'assuré.

Le 31 août 2001, C._____ a subi une seconde intervention chirurgicale sous la forme d'une ostéotomie de valgisation de la jambe gauche et d'une fixation de la tête du péroné. Il a également été procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Dans un rapport médical du 6 novembre 2001, le Dr P._____ confirme notamment le diagnostic de pseudarthrose fracturaire. Il signale pour le surplus que "vu la difficulté à obtenir une consolidation avec pseudarthrose du foyer de fracture, une consultation à l'Hôpital S._____ a été programmée chez le Dr J._____, spécialiste des retards de consolidation."

En date du 27 novembre 2001, C._____ a subi une nouvelle intervention chirurgicale au Service d'orthopédie de l'Hôpital S._____, sous la direction du Dr J._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, intervention consistant en l'ablation de la plaque de valgisation posée précédemment, une légère décortication de la

pseudarthrose ainsi que la pose d'un Ilizarov. Cette opération a été complétée le 11 décembre 2001 par une ostéotomie distale du péroné et du tibia en vue d'allongement.

Le 7 janvier 2002, le Dr P._____ a adressé à l'OAI un rapport médical dans lequel il constate notamment que malgré deux interventions chirurgicales, il persiste toujours une pseudarthrose et des douleurs à la marche et qu'au vu de l'évolution défavorable, l'assuré a été adressé au Dr J._____, qui prendra en charge la suite du traitement.

Dans un rapport médical du 12 avril 2002, le Dr J._____ pose le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail suivant :

"Fracture ouverte stade II du tibia proximal associée à des lésions ligamentaires sous forme d'arrachement sur la tête du péroné en octobre 2000. L'évolution s'est faite vers une pseudarthrose de traitement difficile avec raccourcissement, qui a nécessité la pose d'un fixateur externe d'Ilizarov le 27.11.2001 pour compression de la pseudarthrose et allongement du segment jambier."

Ce médecin précise en outre que l'état de santé de l'assuré s'améliore et qu'aucun examen médical complémentaire n'est nécessaire. Enfin, il communique encore les données médicales suivantes :

"D. Données médicales :
[...] 3. Anamnèse
Le patient est actuellement sous Ilizarov et on ne peut pas encore juger du résultat du traitement de la pseudarthrose.
[...] 6. Examens médicaux spécialisés
D'ici 3 mois, quand le patient aura été sevré du fixateur externe puis sevré de son plâtre, on pourra évaluer sa capacité fonctionnelle.
7. Thérapie / Pronostic
En principe cette fracture de jambe va consolider mais laissera des séquelles, soit que le patient peut faire des travaux en positions alternées assis-debout, porter des charges de 10-15 kg mais ne pourra plus faire des travaux de force toute la journée."

En annexe de ce rapport médical, le Dr J._____ répond comme il suit aux questions posées par l'OAI concernant l'évaluation de la réinsertion professionnelle et de la demande de rente :

"1. Questions concernant l'activité exercée jusqu'ici

Le patient exerçait une activité de mécanicien de précision apprise en Suisse sans formation (pas de CFC)

1.1 Quelle est la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Théoriquement lorsque la fracture sera guérie dans un travail assis il devrait pouvoir retrouver un travail à 100% avec les restrictions mentionnées sous point 7 D [cf. rapport du 12 avril 2002 susmentionné]."

C._____ a été licencié par ses deux employeurs avec effet à fin mai 2002. A cette même époque, il s'est également séparé de son épouse, avec laquelle il était marié depuis 1996. Il se remariera en décembre 2002 avec une compatriote.

Le 19 juin 2002, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision d'acceptation de rente fondée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1^{er} octobre 2001, dans lequel il précisait qu'une appréciation de la capacité de travail exigible et la mise sur pied éventuelle de mesures professionnelles serait effectuée dans un délai de six mois.

Par décision du 25 juin 2002, l'OAI a accordé à C._____ la rente prévue dans son projet de décision, tout en avertissant expressément le prénommé qu'une appréciation de la capacité de travail exigible et la mise sur pied éventuelle de mesures professionnelles serait effectuée d'ici six mois et qu'ainsi, une révision de la rente était prévue en date du 1^{er} janvier 2003. Cette décision n'a pas été contestée par l'assuré.

B. En date du 3 février 2003, l'OAI a adressé à l'assuré un questionnaire en vue de la révision de sa rente. Ce dernier lui a retourné ce document le 3 mars 2003. Il y indique notamment que son incapacité de travail est toujours de 100%, qu'il se trouve sans activité lucrative et que sa dernière consultation chez son médecin traitant, le Dr D._____, remonte au 4 février 2003.

Dans un rapport médical du 21 mars 2003, le Dr D._____ pose, outre le diagnostic précédemment retenu de "status après fractures comminutives du tibia gauche", celui d'"état dépressif réactionnel à une

situation socio-professionnelle précaire dans le cadre d'une maladie somatique". Il précise que ces deux diagnostics existent depuis le 5 octobre 2000. S'agissant de la question de l'incapacité de travail, le médecin traitant de l'assuré indique qu'elle est de 100% du 5 octobre 2000 au 31 mars 2003, tout en précisant ensuite : "Reprise de travail à 100% dans une profession adaptée".

Dans l'anamnèse de son rapport, le Dr D._____ écrit notamment ce qui suit :

"[...] L'évolution est favorable sur le plan strictement orthopédique mais le patient continue de présenter une boiterie d'appui à la marche, se déplaçant avec une canne. Les clichés de goniométrie bipodale en charge démontrent une valgisation du genou gauche et également de la cheville gauche qui pourrait expliquer les douleurs résiduelles ; à corréliser avec l'avis de l'orthopédiste.

Dans ce contexte difficile associé à des douleurs chroniques, Monsieur C._____ développe un état dépressif régressif qui l'amène à vivre dans la solitude et le dénuement consécutif à la séparation d'avec sa femme ainsi qu'à son licenciement.

Finalement, il a pu être adressé au Centre psycho-social H._____ et un traitement antidépresseur a commencé."

S'agissant des plaintes subjectives de son patient, il indique ce qui suit :

"Monsieur C._____ se plaint de persistance de douleurs localisées au MIG [ndr : membre inférieur gauche], principalement dans la région tibiale haute où se situe la fracture actuellement consolidée ainsi qu'à la cheville gauche. Il se déplace avec peine sur de courtes distances en raison des douleurs et doit marcher avec une canne."

Le Dr D._____ écrit aussi avoir fait les constatations objectives suivantes :

"Patient en excellent état général en dehors des problèmes liés à son MIG.

Localement il présente une hyperthermie de la région tibiale haute ainsi qu'un oedème de la cheville gauche. Il démontre également des signes d'irritabilité, voire d'agressivité, sur un mode revendicateur associé à un sentiment d'injustice. Il se plaint de troubles du sommeil."

Au titre de mesures thérapeutiques, il évoque les éléments qui suivent :

"Soutien au Centre psycho-social H._____ et traitement antidépresseur
Anti-inflammatoires et antalgies
Tranquillisants"

Enfin, ce praticien de relever que selon son pronostic, il est souhaitable que l'assuré puisse retrouver un travail dans une profession adaptée, à savoir sans déplacement dans le cadre de la place de travail.

Le 17 septembre 2003, le Dr J._____ a adressé un rapport médical à l'OAI, dans lequel il pose les diagnostics de dépression et stress post-traumatique nécessitant une prise en charge psychiatrique au Centre psycho-social H._____, de douleurs chroniques du tibia proximal et du genou gauches avec fonction limitée de la cheville entraînant un mauvais déroulement du pas et une limitation fonctionnelle de la marche avec une marche inférieure à ½ heure, ainsi que de lombalgies en voie d'investigation par son médecin, le Dr D._____ à Yverdon. Il précise que ces troubles existent depuis le 5 octobre 2000.

Dans la profession de manutentionnaire et technicien du son, le Dr J._____ retient une incapacité de travail totale depuis l'accident, une réévaluation à intervenir dans un délai d'un an après avis du médecin de famille et du psychiatre devant éventuellement permettre de voir si une tentative de reconversion professionnelle pour une activité de 50% est envisageable.

Dans un questionnaire annexé au rapport médical précité, le Dr J._____ précise, d'une part, que l'assuré "était chauffeur-livreur" et que "ce travail ne sera plus jamais effectuable" et, d'autre part, que des réponses aux questions posées dans ce questionnaire n'auront de sens qu'au moment où la situation psychiatrique sera améliorée et que l'on pourra envisager une éventuelle reconversion, mais que, pour l'instant, l'assuré ne peut pas travailler ni se former.

Selon un rapport médical établi le 13 novembre 2003 par les Drs R. _____ et K. _____, respectivement médecin-adjoint et médecin-assistante au sein de l'Unité psychiatrique Y. _____, C. _____, qui a été suivi dans cette unité du 9 août 2002 au 17 octobre 2003, présente une personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (CIM 10, F 60.30) et souffre d'un épisode dépressif d'intensité moyenne avec symptôme somatique (CIM 10, F 32.10). Ces diagnostics, qui existent selon les médecins précités depuis août 2002, sont retenus comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Il est en particulier précisé que l'assuré "reste incapable de travailler depuis son accident en 2000". Les Drs R. _____ et K. _____ retiennent en outre que l'état de santé de C. _____ est stationnaire, que la capacité de travail ne peut plus être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles ne sont pas indiquées. Au titre de pronostic, ils exposent ce qui suit :

"M. C. _____ souffre d'un épisode dépressif d'intensité moyenne avec symptôme somatique, dans le contexte de séquelles traumatiques de sa jambe gauche, suite à une fracture comminutive, chez un patient avec une personnalité émotionnellement labile qui favorise la vulnérabilité psychique. Lors des entretiens, la thymie est toujours triste, les angoisses et les sentiments d'injustice toujours présents. Le pronostic psychiatrique est réservé, M. C. _____ présente peu de capacités pour élaborer son problème. Ainsi, et compte tenu de son fonctionnement psychologique très rigide, il est resté fixé sur les conséquences de son accident et le sentiment d'injustice par rapport aux soins médicaux qu'il aurait reçus. Dans ce contexte, une reprise du travail nous semble illusoire. Le degré d'incapacité de travail est difficile à déterminer sur le plan psychiatrique. Compte tenu de la complexité du cas, une expertise par une équipe pluridisciplinaire est nécessaire."

Enfin, dans un questionnaire annexé à leur rapport, ils indiquent que l'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible, qu'il existe une diminution de rendement qui devrait être déterminée au moyen d'une expertise pluridisciplinaire et qu'ils ne peuvent se prononcer sur le genre d'activité envisageable "car l'incapacité de travail n'est pas pour des raisons psychiatriques".

Au mois de mars 2005, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport d'expertise du 24 mai 2005, ce dernier pose les diagnostics suivants :

- "Axe I Trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle,
d'intensité actuelle mineure F32.4 (296.24)
Trouble obsessionnel-compulsif F42 (300.3)
Non observance du traitement médical Z9 1.1 (V 15.81)
- Axe II Trouble de la personnalité non-spécifié F 60.9 (301.9)
Traits de personnalité paranoïaques
Traits de personnalité limite
Traits de personnalité dépendants
- Axe III Status après fracture ouverte du tibia gauche, retard de consolidation et évolution vers une pseudarthrose
Décompensation en varus du genou droit
Luxation périnéo-tibiale proximale
Déchirure du complexe ligamentaire externe
Hypertension artérielle
- Axe IV Accident de la circulation, perte d'emploi, divorce, mariage, naissance des enfants, conflit avec le frère, désinsertion socioprofessionnelle
- Axe V Evaluation globale du fonctionnement EGF à 60 actuellement"

S'agissant du descriptif du quotidien de C._____ (p. 9), l'expert expose en particulier ce qui suit :

"L'assuré se lève généralement entre six et huit heures, à moins qu'il n'ait mal dormi. L'épouse assume la plupart des tâches ménagères. L'assuré fait parfois la vaisselle, débarrasse les ordures, fait les commissions, ou sort avec la fille. Il exécute à la poste les paiements préparés par l'épouse. Il supporte difficilement le bruit, par exemple lorsque les enfants pleurent ou que l'épouse passe l'aspirateur, et va alors se promener. Il marche parfois, sans pouvoir parcourir plus d'un ou deux kilomètres. Il fait du vélo sur des trajets plats, ce qui sollicite moins sa jambe. Il se lave les mains après la plupart des activités, doit parfois répéter le geste deux fois de suite, et vérifie une ou deux fois avant de sortir qu'il a éteint la cuisinière ou fermé la porte. Il se décourage facilement dans ses activités. Il regarde parfois des émissions calmes à la télévision, telles que des reportages historiques ou animaliers. Il conduit occasionnellement sa voiture sur de courts trajets. Utilisant difficilement la pédale d'embrayage, il souhaiterait une voiture automatique. C'est le plus souvent l'épouse qui conduit l'automobile. Il se couche généralement entre neuf et onze heures et s'endort parfois avec difficulté.

Il rencontre occasionnellement des anciens collègues de travail. Il décrit une relation d'amitié avec un compatriote, qu'il voit avec plaisir deux ou trois fois par semaine. Il évoque un autre ami, dont il s'est éloigné, lui reprochant une attitude manquant d'égard. Il se dit méfiant à l'égard d'autrui, ayant le sentiment d'avoir été fréquemment abusé. Il se plaint que certaines personnes aient estimé qu'il simulait son atteinte. Cette attitude distante contraste avec son caractère antérieur. Il voit occasionnellement son ex-épouse, et décrit une bonne relation. Il n'exprime pas de rancune envers l'ex-épouse, attribuant leur séparation à la soeur de cette dernière et dans une moindre mesure à lui-même."

En outre, le Dr B. _____ formule notamment les constatations objectives suivantes (p. 11) :

"[...] L'assuré est orienté aux 4 modes. Il a bien compris le sens et les objectifs de l'expertise, déclarant toutefois ne pas comprendre les raisons d'une évaluation psychiatrique. Il s'exprime couramment en français et le comprend bien. Il signe la décharge du secret médical après l'avoir lue. Comme demandé dans notre convocation, il a interrompu le jour même son traitement antidépresseur et a préparé une liste de sa médication. L'intelligence, appréciée cliniquement, se situe dans la norme. Nous n'observons pas de troubles majeurs de la mémoire. De légers troubles de la concentration sont à noter. Nous ne mettons pas en évidence de signes fondés de la lignée psychotique, notamment pas de délire, troubles perceptifs, troubles formels de la pensée. Absence de logorrhée, de relâchement des associations ou de passages du coq à l'âne. [...]"

Dans la partie de son rapport consacrée à la discussion du cas (pp. 16 ss), l'expert expose également ce qui suit :

"[...] Nous notons la présence d'un épisode dépressif décrit depuis 2002 au moins et justifiant un traitement antidépresseur, et retenons le diagnostic de trouble dépressif majeur. En l'absence d'antécédents connus et constatant à présent un état dépressif mineur, nous jugeons qu'il s'agit d'un épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle mineure.

La tendance à des vérifications compulsives est en lien avec la présence d'un trouble obsessionnel-compulsif léger, corroboré par les résultats de la Liste des obsessions-compulsions de Cottraux et de l'échelle correspondante de la Symptom Check List — 90. Il n'est toutefois pas certain que les activités évitées le soient à cause d'une atteinte obsessionnelle. Absence de tableau de type PTSD en lien avec l'accident de 2000.

Les algies ne justifient pas actuellement le diagnostic de trouble douloureux, compte tenu de l'importante atteinte organique, limitative dans l'exercice d'une activité professionnelle selon les

divers spécialistes. Il est toutefois probable que les douleurs sont accentuées dans un contexte de trouble dépressif.

La sensibilité aux pertes affectives, l'idéation suicidaire et l'impulsivité décrites par l'assuré nous permettent de noter des traits limite. La relation avec l'épouse et l'ex-épouse manifestent par ailleurs des traits dépendants. La forte méfiance et la rancune de l'assuré dénotent des traits paranoïaques. L'importance de ces manifestations permet globalement de retenir un trouble de la personnalité non- spécifié.

Les limitations fonctionnelles découlent des multiples algies tels que maux de dos, céphalées, coxalgies et gonalgies, de la fatigue, de l'irritabilité, de la nervosité, de la sensibilité globale dans le contact interpersonnel, des troubles cognitifs, des symptômes neurovégétatifs anxieux et des manifestations obsessionnelles-compulsives ainsi que de la labilité thymique.

Des antécédents psychiatriques familiaux ne sont pas connus. L'assuré naît dans une famille rurale de Serbie, avec des parents fréquemment absents pour les travaux des champs. Il entretient une relation fusionnelle avec la soeur aînée, représentant un substitut maternel. Dans ce contexte, des traits dépendants se développent chez ce cadet de la fratrie. La soeur décède lorsque l'assuré est âgé de 12 ans, favorisant l'apparition de traits abandonniques. Un épisode dépressif ne peut être exclu.

Au début de l'âge adulte, nous n'avons pas la notion d'une décompensation durable malgré une suite de pertes jusqu'à l'âge de 23 ans. L'assuré maintient diverses activités professionnelles et assume dès 1997 l'équivalent d'un emploi à 120%. Il se décrit comme sociable et aidant volontiers ses parents. Il ne confirme pas l'existence de tensions conjugales avant 2000, malgré l'évocation de l'attente insatisfaite d'un enfant et de tensions avec la soeur de l'épouse ainsi que les filles de cette dernière.

L'accident du 05.10.2000 et ses complications représentent probablement une blessure narcissique importante, avec la perte d'un statut professionnel très investi. L'assuré développe à l'égard des médecins et de son entourage une méfiance paranoïaque. Son irritabilité accrue entraîne des tensions conjugales, avec une possible violence de M. C._____, l'épouse partant au foyer [...]. A cette séparation s'ajoute un licenciement après une tentative infructueuse de reprise du travail, et nous assistons dans ce contexte à une décompensation dépressive majeure avec idéation suicidaire.

A l'heure actuelle, nous constatons une rémission partielle dans un contexte plus favorable au niveau conjugal et familial, bien que l'assuré se trouve encore dans une situation d'isolement social et de conflit avec le frère. Il reste dans un état d'oisiveté relative avec désafférentation socioprofessionnelle, sentiment d'injustice et interprétativité paranoïaque. Nous ne constatons toutefois pas de revendicativité sinistrosique envers l'OAI ou le personnel médical.

Le pronostic demeure très réservé pour le recouvrement d'une capacité dépassant les 50%, étant donné l'absence de prise en

charge psychiatrique actuellement et la non-observance du traitement antidépresseur par ailleurs prescrit à une dose sous-thérapeutique. L'inactivité prolongée, l'irritabilité et la sensibilité dans le contact interpersonnel ainsi que les troubles cognitifs manifestés au cours de l'entretien sont d'autres facteurs négatifs. Les éléments pronostiques positifs sont l'ouverture déclarée pour une prise en charge psychothérapeutique et la mise en place d'une médication à un dosage efficace, la motivation pour une reprise du travail, la relative stabilité de la vie familiale et la polyvalence manifestée par les emplois passés de l'assuré."

Enfin, le Dr B. _____ se détermine comme suit sur la capacité de travail de l'assuré :

"D'un point de vue psychiatrique, nous pouvons reconnaître une incapacité de travail totale jusqu'à présent. Malgré l'amélioration progressive de l'état dépressif, les diverses limitations de l'assuré ajoutées à ses traits dépendants le rendaient probablement incapable d'accéder au marché de l'emploi sans l'aide de mesures réhabilitatives de l'OAI.

Une capacité de travail de 50% pourrait être actualisée dans le cadre d'un stage professionnel, visant une activité de type ouvrier, plutôt sédentaire avec alternance de positions, de préférence le matin, avec un maximum d'autonomie et un minimum de contact avec d'autres résidents du centre, évitant le bruit et le stress. Des mesures de placement pour une activité à 50% sont également indiquées, pouvant soit remplacer le stage professionnel, soit lui faire suite."

Dans un avis médical du 22 juillet 2005 faisant suite au dépôt de l'expertise du Dr B. _____, la Dresse Z. _____, du Service médical régional de l'AI (SMR), se détermine notamment comme il suit sur le contenu de dite expertise :

"[...] Nous contestons les appréciations de l'expert psychiatre. Il note des limitations fonctionnelles somatiques tels de multiples algies, maux de dos céphalées, coxalgies, gonalgies. Page 17 : les algies ne justifient pas actuellement le diagnostic de trouble douloureux, compte tenu de l'importante atteinte organique. Nous pensons au contraire, les gonalgies mises à part à des troubles somatoforme chroniques persistants. Dans les limitations fonctionnelles psychiatriques, nous ne pouvons pas retenir des manifestations obsessionnelles compulsives, l'assuré se lave les mains après la plupart des activités, doit parfois répéter le geste 2 fois de suite, vérifie 1 à 2 fois si la cuisinière est éteinte et la porte fermée. Ce ne sont que des manifestations et non pas des troubles invalidants occupant l'assuré pendant des heures. Le trouble de la personnalité, non spécifié n'est pas décompensé, l'assuré présentant seulement des traits de personnalité pathologiques compatibles avec une activité professionnelle.

A la faveur de son licenciement et divorce, juin 2002, l'assuré présente une décompensation dépressive majeure avec idées suicidaires. Dans la lettre du généraliste à l'orthopédiste du 05.02.2003, il est noté que l'assuré s'est trouvé une amie, qu'il a épousé le 28 décembre 2002, originaire de son pays. Ce parcours de vie est peu compatible avec une dépression encore sévère en fin 2002. Notons encore que l'assuré a su élaborer des projets de vie et les concrétiser, ce qui est peu compatible pour un être démuné et en détresse. En 2005 il serait en rémission partielle encore dans une situation d'isolement social (page 16). Ceci est contredit en page 9 : il rencontre occasionnellement des anciens collègues de travail, voit 2 à 3 fois/semaine un ami compatriote et voit occasionnellement son ex-épouse. Page 18, les troubles cognitifs manifestés au cours de l'entretien sont des facteurs négatifs pour une reprise du travail. Ceci est en contradiction avec les constatations objectives en page 11 : l'intelligence se situe dans la norme, nous n'observons pas de troubles majeurs de la mémoire, des légers troubles de la concentration sont à noter.

Nous ne reconnaissons un trouble dépressif invalidant que de deux à trois mois en été 2002. Nous pensons que l'assuré peut accomplir un travail adapté au problème somatique à temps complet en tout cas depuis décembre 2002. Il faut prévoir quelques semaines de réadaptation au travail suite à cette longue inactivité. Nous proposons une aide au placement."

Le 9 août 2005, l'entreprise [...], ancien employeur de l'assuré, a adressé à l'OAI un questionnaire dans lequel elle décrit l'activité de ce dernier avant son accident, précisant notamment qu'il était amené à soulever et/ou porter des charges d'un poids maximal de 5 kg quelque 10 fois par jour, qu'il travaillait assis à raison de 20% de son temps, debout à raison de 70 % de celui-ci et qu'il marchait durant le 10% de temps restant. Dite entreprise relève également que le travail assumé par C._____ n'impliquait pas de contraintes particulières et qu'il n'existait pas en son sein de postes de travail plus légers, en position assise. Enfin, cet employeur de préciser que l'assuré aurait réalisé, s'il avait pu en 2005 exercer son activité sans atteinte à la santé, un revenu mensuel théorique de 4'000 francs.

Au terme d'un entretien avec l'assuré qui a eu lieu le 25 avril 2006 dans les locaux de l'OAI, la décision a été prise de soumettre l'intéressé à un stage d'observation auprès du Centre de formation F._____ à Lausanne. Celui-ci s'est déroulé du 11 octobre 2006 au 10 janvier 2007, à 100% jusqu'au 15 octobre 2006 puis à 50% (sur la base

d'un certificat médical établi par le Dr D._____). Durant ce stage, l'assuré a perçu des indemnités journalières.

Le 9 janvier 2007 a été établi un rapport d'évaluation dont il ressort notamment ce qui suit :

"[...] 1.2 Objectif de l'intéressé(e)

Bien qu'il exprime une envie d'être actif et de travailler, l'assuré se dit contraint à suivre les mesures imposées par l'OAI.

[...] 1.4 Expérience(s) professionnelle(s)

Arrivé en Suisse en 1989, il a travaillé dans des emplois non-qualifiés, comme chauffeur-livreur, chez [...], auprès de maraîchers, ou encore sur des chantiers.

2. Portrait du travailleur durant le stage

2.1 Présentation personnelle

Monsieur dans la trentaine, originaire de Serbie, il comprend et s'exprime facilement en français. Il est de bonne constitution et présente un embonpoint. Père de deux enfants en bas âge, sa femme ne travaille pas, car elle s'occupe des petits. Dans son pays natal, il a réalisé une formation de souffleur de verre et en Suisse, il a toujours évolué dans des travaux non-qualifiés. Suite à son accident de moto, il a dû interrompre toute activité en raison des nombreuses hospitalisations et opérations. Finalement, c'est son médecin qui a déposé une demande de rente auprès de l'OAI, à ses dires contre son gré.

2.2 Attitude et comportement

Il ne s'est pas présenté le premier jour de l'admission. Le matin-même il appelait pour signaler qu'il avait des malaises et vomissait. Le lendemain, il a débuté finalement son stage. A l'écoute des explications, il comprend rapidement les informations. Néanmoins, il présente une mine triste et évoque à plusieurs reprises son sentiment de colère et d'injustice. Pour lui, il est envoyé dans notre centre parce que l'assurance invalidité veut le "liquider". Il a un caractère entier et il n'hésite pas à dire ce qu'il pense des médecins qui l'ont opéré ou des institutions sociales qui le prennent en charge. Apparemment, la SUVA et l'office d'invalidité ne sont pas d'accord sur le taux d'incapacité de travail et, pris entre deux feux, il se sent lésé, notamment au niveau financier.

2.3 Etat psychologique et physique

Son état de santé s'est détérioré depuis son accident de moto où il a eu une fracture ouverte du tibia et du péroné. Il a dû subir six opérations et de longues hospitalisations qui, à ses dires, non rien résolu. Depuis, il souffre de douleurs au niveau des jambes, du dos et des hanches, Il parle de gâchis, de faute médicale et exprime son ras-le-bol face aux "tripotages douloureux" faits par le corps médical. Il a une médication lourde, à base d'antidouleurs, de calmants, de somnifères, et pour améliorer sa tension artérielle qui est trop haute.

Il mentionne souffrir également d'arthrose au niveau du dos et des genoux et il évoque une allergie à l'iode.

Un temps, il a également été suivi par un psychiatre et avait un traitement à base d'antidépresseurs. Mécontent, il a arrêté depuis environ deux ans.

Le 14 novembre, il téléphone afin d'excuser son absence qui durera quelques jours, car son moral ne va pas. Il cumule de la fatigue et se sent fragile. Il exprime son angoisse à l'idée d'être hospitalisé en psychiatrie, comme par le passé.

3. *Autodétermination*

Choix d'activités faisant appel aux aptitudes et aspirations du travailleur

3.1 *Perception de soi*

Il se dit autonome et exprime son besoin de travailler en milieu ouvert. Depuis ses ennuis de santé, il est devenu nerveux et impatient.

3.2 *Adaptation au lieu, à l'environnement, au programme*

Il a apparemment bien compris les objectifs du stage, cependant de nature plutôt discrète et renfermée, il s'est timidement intégré avec les personnes de son entourage. Il entre en contact uniquement s'il est sollicité.

3.3 *Intérêt et choix personnel pour les activités*

Il a principalement choisi des activités pratiques et manuelles alliant connaissances techniques et savoir-faire et en y mettant sa touche personnelle. Les autres tâches ont été choisies par défaut : Etagère à épices. Panier à bouteilles. Fabrication d'une abeille en bois. Fabrication d'un solitaire. Tri et classement de cartes numériques. Dessoudure de circuits imprimés.

3.4 *Implication dans la démarche (actif; passif, réfractaire)*

Il s'est impliqué de manière assidue uniquement sur les activités qu'il a choisies prenant facilement des initiatives et travaillant de façon autonome.

3.5 *Analyse de la situation vécue parle travailleur (critique)*

Il a du plaisir à venir au centre et d'être occupé. Il se sent diminué physiquement et moralement. De ce fait il peine à se montrer aux autres personnes sous cet aspect là, et préfère s'isoler.

4. *Evaluation des acquis*

Appréciation systématique des capacités résiduelles et révélation des qualités et faiblesses

[...] 4.2 *Résultat par comparaison à l'étalonnage*

1	Unités de mesure (poids-longueur-volume-monnaie-temps)	Faible
2	Compréhension du français	Suffisant
3	Orthographe I grammaire	Pas objectivé
4	Nombres et calculs	Faible
5	Endurance physique et psychique	Insuffisant et faible
6	Logique I raisonnement	Suffisant en
pratique		
7	Attention, concentration	Faible

8	Mémoire	Insuffisant
9	Soin, propreté, minutie	Bon
10	Habilité, dextérité, coordination	Bon
11	Précision, fiabilité	Bon
12	Rendement	Faible

Remarques générales :

L'évaluation de cette phase a surtout été réalisée sur des activités concrètes et pratiques. Il a été plutôt réfractaire quant à l'idée de toucher à des tâches scolaires ou des activités de type abstrait.

4.3 Inventaire des ressources (physiques, intellectuelles et/ou psychiques)

Niveau technique et manuel. Précision. Minutie. Autonomie à la place de travail. Assiduité en lien avec ses intérêts.

4.4 Inventaire des limitations (physiques, intellectuelles et/ou psychiques)

Résistance psychique et endurance physique. Douleurs dorsales et aux genoux demandant fréquemment l'alternance des positions. Port de charge. Mémoire et concentration. Gestion du stress.

4.5 Incidence des atteintes à la santé sur la capacité de travail

Sa fatigabilité et sa tendance à ne s'investir que sur des travaux qui l'intéressent (refus catégorique de faire les activités scolaires ou "qui lui prennent la tête") réduisent sa capacité à assumer à plein temps, un travail dans l'économie. Il ne peut soutenir un effort à long terme et il peut alors "mettre les pieds au mur". Son incapacité à supporter la frustration ou la contrainte le rend rigide et il peut réagir avec véhémence.

5. Mobilité et créativité

Utilisation des capacités du travailleur et des moyens mis à disposition pour palier à ses déficits (invalidité)

5.1 Modes d'apprentissage et d'auto-formation

Indépendant dans son travail, il aime se débrouiller seul et chercher par lui-même des solutions aux problèmes qu'il rencontre. Sur des travaux pratiques qui l'intéressent, il est autonome, apte à comprendre les instructions et à les appliquer.

5.2 Motivation

Il est très appliqué et participatif sur des travaux concrets qu'il maîtrise ou dont il peut voir le résultat immédiat. Bien qu'il soit participatif sur des tâches ciblées qui touchent au domaine du bois, la motivation peut-être fluctuante. Elle est tributaire de son état de santé général.

5.3 Mobilité et ouverture (flexibilité, curiosité, analyse, anticipation)

Ces critères sont partiellement développés dans des activités ciblées, de type pratique et pour autant qu'il y trouve un intérêt. Dans le cas contraire, il a de la difficulté à s'investir et peut renoncer facilement.

5.4 Capacités améliorables et/ou compensables par des adaptations environnementales

Son état de santé actuel ne permet pas l'amélioration de ses capacités générales. Cependant, il peut fonctionner avec ses acquis antérieurs liés à ses connaissances et à ses expériences professionnelles.

6. Orientation

Détermination des voies professionnelles cohérentes et des moyens utiles au soutien des projets à l'aide des informations récoltées

6.1 Choix de l'orientation

M. C. _____ n'envisage aucun projet professionnel. Face à ses problèmes de santé, il n'arrive pas se projeter dans une vie active. Il aimerait avoir une occupation, plutôt légère et à la carte touchant toujours au domaine pratique et manuel.

6.2 Pourquoi ce choix. Réflexions du travailleur

L'assuré estime qu'il n'est plus en mesure de reprendre une vie professionnelle et d'être confronté à des critères économiques en lien avec son métier. En raison de son état de santé, il se sentirait incapable de répondre aux attentes d'un employeur. Cependant, une occupation serait souhaitable pour son équilibre mental et personnel.

6.3 Incidence de la déficience (limitations physiques, intellectuelles et/ou psychiques)

Les limitations physiques, la vulnérabilité psychique, l'impossibilité de porter de lourdes charges, le besoin d'alterner les positions (assis-debout), les problèmes de mémorisation et d'apprentissage de nouvelles techniques font que l'assuré n'est pas, à ce jour, en mesure d'assumer un travail dans l'économie libre. Il est également sensible à la tension et à la pression en cas de surcharge de travail.

[...] 7. Synthèse

Monsieur C. _____ est un homme d'origine serbe, de grande taille, et possédant une bonne constitution. Sans formation qualifiée en Suisse, il a travaillé dans divers milieux professionnels. Il comprend facilement le français et s'exprime avec un léger accent. Suite à un accident de la circulation, il a dû être opéré des jambes à plusieurs reprises. Aux dires de l'assuré, les médecins ont commis des erreurs médicales et aujourd'hui, il souffre de douleurs aux niveaux des genoux, des hanches et du dos. Il se sent extrêmement lésé par cette situation, et exprime sa frustration et son mécontentement face aux institutions.

Il a donc débuté son stage avec une grande réticence, et sans aucun objectif professionnel. Son choix d'activités a été dans un premier temps difficile. Il ne comprenait pas le sens de la démarche. Par la suite, mis en confiance, il a privilégié des tâches d'ordre pratique. Il a ainsi pu démontrer son potentiel dans la manipulation de machines-outils et ses aptitudes pratiques. Il s'est montré autonome et assidu. C'est un monsieur qui fonctionne mieux en étant indépendant, seul à sa place et sur des travaux qui l'intéressent. Il a refusé de réaliser des tâches plus abstraites ou scolaires. Il a également eu besoin d'alterner les positions assises-debout, afin de soulager ses douleurs, ainsi que les activités, car il arrive à saturation lorsqu'il doit se concentrer trop longtemps. De ce fait,

dans le but de se protéger, rapidement, il a demandé à diminuer son taux de présence et a présenté plusieurs certificats médicaux.

L'assuré, affecté par sa situation, a de la peine à supporter les contraintes et se montre fatigable. En plus des limitations physiques, sa rigidité de pensée et de caractère freinent également ses chances de réinsertion dans les circuits économiques. Par ailleurs, à un moment du stage, ses médecins ont imaginé l'hospitaliser pour le soulager. Il a recommencé son traitement pharma-cologique (Remeron: antidépresseur) et arrivé à la fin de son stage, il a exprimé l'idée de retourner voir son psychiatre, car il en sent le besoin, Il dit vouloir soulager l'ambiance familiale.

8. Proposition

[...]

8.4 Capacité de travail estimée (en %)

Sur un taux de présence de 50%, son rendement est diminué.

8.5 Capacité de gain / soutien financier (possibilité actuelle d'un revenu en milieu protégé ou économique)

Fr. 4000.- par an, à temps partiel, selon les barèmes d'ateliers protégés."

Par courriers des 16 et 17 janvier 2007, l'OAI a interpellé les deux derniers employeurs de l'assuré, savoir la Commune de [...] (pour laquelle celui-ci a travaillé de 1996 à 2000 en qualité de concierge) ainsi que [...], quant à la question de savoir quel salaire brut annuel théorique l'assuré aurait pu réaliser en 2003 s'il travaillait encore pour leur compte. La première a indiqué que l'intéressé aurait réalisé, au taux auquel il avait travaillé par le passé, un revenu annuel brut de 10'476 francs, vacances et 13^e salaire en sus. La seconde a chiffré ce salaire à 50'400 fr. à raison de 41 heures de travail par semaine, vacances comprises et sans qu'un 13^e salaire ne soit versé.

Le 5 février 2007, l'OAI a établi un rapport final interne dans lequel, après être revenu notamment sur les résultats de l'évaluation à laquelle l'assuré a été soumis, il pose la conclusion suivante :

"[...] L'impossibilité de porter de lourdes charges, le besoin d'alterner les positions (assis debout), les problèmes de mémorisation et d'apprentissage de nouvelles techniques font que l'assuré ne peut envisager qu'une activité simple et répétitive, de type industriel. Il a pu démontrer son potentiel dans la manipulation de machines-outils et ses aptitudes pratiques. Il s'est montré autonome et assidu. C'est un monsieur qui fonctionne mieux en

étant indépendant, seul à sa place et sur des travaux qui l'intéressent. L'assuré, affecté par sa situation, a de la peine à supporter les contraintes et se montre fatigable. En plus des limitations physiques, sa vulnérabilité psychique, sa rigidité de pensée et sa situation socio-culturelle freinent ses chances de réinsertion dans le circuit économique.

L'assuré contestant l'exigibilité médicale estimée à 100% dans une activité adaptée, une aide au placement avec une période de réentraînement au travail n'est pas envisageable. Dès lors nous allons procéder à une approche théorique de la capacité de gain de notre assuré en nous référant à la méthode de détermination du revenu d'invalidé selon l'ESS. Les facteurs de réduction à prendre en compte pour le calcul du salaire exigible sont les limitations liées au handicap,

Revenu sans atteinte à la santé (RS) : l'assuré aurait pu poursuivre son emploi d'ouvrier en mécanique chez [...] et il aurait pu prétendre en 2003 à un salaire annuel brut de Fr. 50'400.- pour un plein temps selon le courrier de l'employeur du 29.01.2007. Il aurait pu également poursuivre une activité parallèle en conciergerie pour la commune de Lausanne, avec un revenu annuel moyen de Fr. 11'000.- en 2003, ce qui correspond à un revenu annuel global de Fr. 61'400.-

Concernant le revenu d'invalidé (RI) : dans des activités industrielles légères (montage, etc.), l'assuré pourrait prétendre à un revenu de Fr. 52'000.- à plein temps [...]."

La montant du salaire exigible de 52'000 fr. retenu par l'OAI dans le rapport précité résulte du calcul suivant, détaillé en annexe du rapport précité :

TA : 2 . - Niveau de qualification : 4 - Année : 2002 indexée à 2003

1	Salaire OFS [ndr : office fédéral de la statistique] sur 40 heures		CHF 4'557.00
2	Salaire OFS sur xx heures	41.7	CHF 4'750.67
		x 12	CHF 57'008.07
3	Indexation	2003	CHF 57'806.18
4	Horaire en %	100%	CHF 57'806.18
5	Diminution de rendement en %	0%	CHF 57'806.18
6	Réduction(s) supplémentaire(s) au titre de désavantage salarial (limitation(s) fonctionnelle(s), âge, années de service, nationalité et permis, taux d'occupation) 25 % au maximum		10%
7	Motivation : limitations fonctionnelles Salaire exigible final [avec invalidité]		CHF 52'025.56

RS [ndr : revenu sans invalidité] : Fr. 61'400.-

Le 12 juin 2007, l'OAI a adressé à C. _____ un projet de décision retenant un taux d'invalidité reconnu de 15.26% et prévoyant dès

lors la suppression de la rente d'invalidé du prénommé. Pour déterminer le taux d'invalidité précité, l'OAI s'est fondé sur un revenu annuel brut sans invalidité de 61'400 fr. (basé sur les montants annoncés par les anciens employeurs de l'assuré) ainsi que sur un revenu annuel brut théorique avec invalidité de 52'025 fr. 56 (tenant compte d'un abattement de 10 % eu égard limitations fonctionnelles auxquelles l'assuré doit faire face).

Par courrier du 4 juillet 2007 adressé à l'OAI, C. _____ a écrit qu'il s'opposait à la conclusion du projet de décision, contestant le caractère réaliste des constatations retenues. Selon lui, son état de santé ne s'était de loin pas amélioré et il se trouvait dans l'incapacité de travailler de manière régulière dans quelque domaine que ce soit, ayant même souvent de la peine à assurer le quotidien sans l'aide de son épouse. L'assuré se disait pour le surplus surpris par cette décision, le rapport du Centre de formation F. _____, où il avait passé trois mois à moins de 50% en 2006 "correspondant plus avec [...] [sa] réalité" ; certains jours, il pouvait travailler quelques heures, mais la plupart du temps il n'arrivait pas à tenir sur ses jambes. Il priait par conséquent l'OAI de revenir sur son projet de décision.

Le 5 juillet 2007, le Dr D. _____ a adressé la correspondance suivante à l'OAI, à la demande de l'assuré :

"A la demande de l'intéressé, je me permets d'appuyer sa demande dans le sens d'une opposition à votre refus d'Al.

Vous basez votre refus dans le cadre d'une révision d'office du droit à la prestation sur 2 éléments :

- Rapport du stage Centre de formation F. _____

- Renseignements médicaux en votre possession.

Selon ces 2 sources il est argué que Monsieur C. _____ aurait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Or, les conclusions du Centre de formation F. _____ en ce qui concerne la capacité de travail sont les suivants : rendement diminué avec une présence de 50%.

Par ailleurs, l'expertise du Dr B. _____ du 24.5.05 conclut à un trouble de la personnalité avec des traits paranoïaques, dépendants et borderline dans le cadre d'un trouble dépressif majeur associé à des troubles obsessionnels compulsifs.

Il s'agit de pathologies psychiatriques lourdes, à caractère essentiellement chronique. Ces pathologies ne peuvent que majorer ou compromettre une réinsertion socio-professionnelle après une fracture compliquée du membre inférieur avec séquelles.

Ainsi les arguments avancés n'ont à ma connaissance aucun fondement et sont en contradiction avec les données médicales en ma possession. [...]"

C. Par décision du 6 septembre 2007, l'OAI a supprimé la rente allouée à l'assuré, conformément à son projet du 12 juin 2007.

C._____ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances par acte du 5 octobre 2007, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée. Il a également requis, au titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Par courrier du 6 novembre 2007, l'OAI a dans un premier temps écrit au tribunal qu'il ne souhaitait pas se déterminer.

Le dossier de la Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), auprès de laquelle le recourant est assuré au titre de l'assurance-accidents obligatoire, a été versé au dossier de la présente cause.

Il a ensuite été procédé à un second échange d'écritures (réplique du 4 février 2008, duplique du 18 février 2008 et déterminations du 4 mars 2008).

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

D. Il ressort notamment les éléments suivants du dossier de la CNA :

- Dans un rapport faisant suite à l'intervention chirurgicale du 27 novembre 2001, le Dr J._____ relève notamment que la durée du traitement nécessaire à la réfection du tibia de l'assuré sera encore au minimum de 6 mois à un an.

- Le 8 août 2002, le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr N._____, a rédigé un rapport dans lequel il résume la situation en ces termes :

"Ce patient de 33 ans, mécanicien, originaire de l'ex-Yougoslavie a donc été victime d'un accident de moto il y a bientôt 2 ans qui s'est soldé notamment par une fracture comminutive proximale de la jambe gauche qui a été réduite et stabilisée par un clou centro-médullaire, verrouillé proximement.

Malheureusement, alors que cette fracture n'était pas encore solide, on a procédé, le 31.8.01, à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et à une ostéotomie de valgisation, visant à corriger un varus du tibia proximal.

Si l'ostéotomie de valgisation a consolidé, la fracture a évolué vers une véritable pseudarthrose du tibia gauche avec une fausse mobilité, une déformation en varus, un antécurvatum et un raccourcissement de la jambe gauche.

Une intervention de sauvetage en 2 temps, 3 mois plus tard, a permis de rétablir la situation.

Actuellement, le patient a encore passablement de douleurs à la mise en charge de son MIG et il a de la peine à marcher. Il est surtout complètement démoralisé. Il a perdu son emploi et sa femme l'a quitté.

Objectivement, les constatations me semblent aussi favorables que possible.

La jambe gauche a des axes corrects. Elle ne présente pas de défaut de rotation. Elle reste cependant augmentée de volume, un peu chaude dans la région du foyer de fracture et passablement tuméfiée distalement. Les articulations sus et sous-jacentes ont une bonne mobilité.

Les dernières radiographies confirment que la consolidation du tibia est acquise tant au niveau de la fracture que de l'ostéotomie distale. Pour le moment, le patient ne souhaite pas se rendre à la Clinique romande de réadaptation. Il préférerait une prise en charge ambulatoire au Centre thermal d'Yverdon-les-Bains. D'autre part, nuancé et ouvert, il profitera certainement d'une psychothérapie de soutien.

L'opportunité d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation devra être réexaminée par la suite.

Il est clair qu'un reclassement professionnel s'impose mais, pour le moment, le patient n'est pas à même d'y faire face."

- Dans un rapport médical du même jour, le Dr J._____ a notamment indiqué qu'il pensait qu'à partir du 1^{er} septembre 2002, on devait considérer le recourant comme inapte à un travail lourd, mais comme apte à recommencer un travail léger avec port de charges de moins de 10 kg et alternance de positions, soit en d'autres termes envisager le démarrage d'une reconversion professionnelle.

- Dans un rapport médical du 30 octobre 2002, le Dr D. _____ a en particulier relevé une nette amélioration sur le plan local, avec possibilité pour le recourant de marcher avec appui à 80% du poids corporel. Il signalait encore que ce dernier n'avait pas de douleurs nocturnes, qu'il commençait à pouvoir se déplacer sans problème dans un périmètre limité mais qu'en revanche, la longue évolution de sa maladie ainsi que ses séquelles avaient abouti à de très nombreux problèmes secondaires dont en particulier son licenciement, la séparation d'avec sa femme, un isolement social avec repli et constitution d'un état dépressif. Enfin, ce praticien d'ajouter qu'"actuellement, les troubles de l'humeur sont tels qu'une réinsertion professionnelle par exemple dans un métier qui ne nécessiterait pas de déplacements parait compromis[e]".

- Dans un courrier du 5 février 2003 adressé au Dr J. _____, le Dr D. _____ a notamment exposé ce qui suit :

"[...] Depuis votre dernier contrôle d'août 2002 la situation s'est améliorée, surtout sur le plan moral.

En effet au début il a été confronté au départ de sa femme, à la perte de son emploi, à la solitude et au handicap pour subvenir aux actes de la vie de tous les jours.

L'introduction d'un traitement antidépresseur, puis une prise en charge au Centre psycho-social H. _____ ont permis d'améliorer la situation morale.

Il s'est retrouvé une amie, qu'il a épousée le 28 décembre, originaire de son pays, et qui viendra habiter avec lui prochainement. Il a le projet de construire une famille.

Dans ce contexte, il ne souhaite pas se rendre à la clinique [...] à [...], ce qui peut se comprendre.

Il se plaint toujours de son MIG et utilise une canne anglaise pour le décharger partiellement. [...]

Actuellement, il est toujours à l'arrêt de travail à 100%. Il lui est difficile de retrouver un travail dans cet état, en étant sans profession.

Personnellement il me semble qu'il pourrait retravailler à 100% dans un emploi adapté et je me demande s'il ne devrait pas être annoncé à l'AI pour un reclassement professionnel qui l'intéresserait, à savoir mécanicien sur vélo ou moto.

Même si des éléments dépressifs à type d'abattement sont encore présents, il reste raisonnable de le stimuler dans l'idée de reprendre une activité professionnelle. [...]"

- Le 17 mars 2003, le Dr J._____ a adressé au médecin d'arrondissement un rapport médical dans lequel il écrit notamment ce qui suit :

"En conséquence, le patient est, à mon sens, apte à un travail adapté dès le 1^{er} avril 2003, soit travaux excluant des ports de charges de plus de 15 kg, excluant l'exposition à des intempéries. Il devrait être revu à l'agence pour l'évaluation des séquelles anatomiques de cet accident grave, qui doivent se situer dans l'ordre de 5 à 10% du membre inférieur gauche. S'il est capable de retrouver un emploi, il faudrait alors qu'il soit encouragé par son médecin de famille à s'inscrire au chômage et à chercher un emploi. Si, au contraire, le médecin de famille et vous-même, pensez qu'il ne pourra pas retrouver un emploi avec ses qualifications et les restrictions précitées, il faut alors qu'il demande une rente AI complète et une reconversion professionnelle."

- Le 1^{er} avril 2003, le Dr N._____ a adressé un rapport au Dr D._____, dans lequel il indiquait notamment les éléments qui suivent :

"[...] Actuellement, les plaintes sont identiques à celles qui prévalaient lors du précédent examen à l'agence, qui remonte au 8.8.02.

Objectivement, pourtant, le patient a fait d'incontestables progrès. Il marche nettement mieux, beaucoup plus librement et la jambe gauche est plus calme.

Tout le monde s'accord pour dire que le patient est apte à travailler en plein dans une activité adaptée et il faudrait que l'AI le soutienne dans un projet de reclassement professionnel.

Le patient, de son côté, cherche vaguement un emploi, soulignant qu'il n'a pas une idée tout à fait claire de sa capacité de travail et il se dit toujours très affecté et plein d'amertume par cette évolution compliquée après une simple fracture de jambe. [...]"

- Dans un courrier du 9 mai 2003 adressé au médecin-conseil de la CNA, les Drs R._____ et L._____, respectivement médecin-adjoint et médecin-assistant au Centre psycho-social H._____, ont notamment exposé que la situation de C._____, sur le plan thymique, semblait peu à peu s'améliorer sous traitement antidépresseur, mais que ce dernier restait relativement imperméable à toute tentative d'élaboration, restant

plutôt en permanence très projectif et certain d'avoir été victime d'une erreur médicale. Et ces praticiens de relever encore qu'il semblait que sur le plan psychiatrique la situation soit peu à peu en voie de se stabiliser et qu'il était probable qu'ils termineraient prochainement à prise en charge.

- En date du 24 octobre 2003, le Dr N. _____ a rendu un rapport d'examen médical final dans lequel il conclut en ces termes :

"[...] Actuellement, le patient se plaint de manière nuancée.

Il dit qu'il a des douleurs variables d'un jour à l'autre, barométriques. Les douleurs prédominent à la marche mais le patient évoque également des douleurs nocturnes. Il s'efforce de marcher sans canne. Le périmètre de marche est estimé à une petite heure.

Il paraît se faire du souci pour de vagues troubles de la sensibilité du flanc gauche, soulignant qu'il avait un hématome à la suite de l'accident. La jambe gauche est plus calme mais moins enflée, légèrement raccourcie, elle a des axes corrects et ne présente pas de défaut de rotation.

Du point de vue orthopédique, on ne peut que répéter que la reprise d'une activité professionnelle, légère, largement sédentaire et autorisant des positions alternées est tout à fait envisageable, sans restriction d'horaire ni perte de rendement. [...]"

- Dans un courrier du 30 avril 2004 adressé à la CNA, l'entreprise [...] a indiqué que si le recourant était demeuré à leur service, il aurait réalisé, pendant les années 2001 à 2004, et pour un horaire hebdomadaire de 41 heures, un salaire annuel brut de 52'200 francs.

- Par décision du 15 juin 2005, la CNA a alloué au recourant une rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2004, fondée sur un taux d'invalidité de 18 %. Dans sa décision, elle exposait son calcul comme il suit :

"[...] Il ressort de nos investigations, notamment sur le plan médical, que vous êtes en dépit des séquelles imputables à l'accident en mesure d'exercer en plein une activité légère, essentiellement assise mais permettant également d'alterner avec la position debout. Cette capacité de travail médicalement exigible vous permettrait par exemple de travail[er] dans divers secteurs de l'industrie légère (aide d'atelier, surveillance ou alimentation de machines, travaux de petite mécanique, etc.) et de réaliser un salaire de CHF 4'400.- par mois (part du 13^{ème} incluse). Comparé au gain de CHF 5'340.- que vous obtiendriez sans l'accident compte

tenu de vos deux emplois, il en résulte une perte de 17.61 %. Nous allouons dès lors une rente d'invalidité de 18 %. [...]"

- Le recourant a formé opposition contre cette décision le 28 juin 2005. La CNA a rejeté cette opposition et confirmé sa décision initiale le 29 août 2005, considérant notamment que les troubles psychiques ne présentaient aucun lien de causalité avec l'accident et que dès lors, seuls les troubles physiques devaient être pris en compte.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 al. 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 - comme c'est le cas en matière d'AI - 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, interjeté en temps utile, est recevable en la forme.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et 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 immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). 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 en corps et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse selon toute vraisemblance supérieure à 30'000 fr. s'agissant de la question de la suppression d'une rente.

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 125 V 413, consid. 2c ; ATF 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, consid. 3b).

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'OAI était fondé à réviser la rente allouée au recourant dans le sens de la suppression de celle-ci pour l'avenir.

3. La LAI ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 6 septembre 2007.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 au regard de la LAI dans sa teneur avant le 1^{er} janvier 2004, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4^e révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, les principes développés jusqu'à ce jour par la

jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

Quant aux dispositions pertinentes dans le cas d'espèce réglant la question de la définition de l'invalidité, de l'évaluation du taux de cette dernière ainsi que de la révision de la rente d'invalidité, qui font l'objet de la LPGA, elles étaient déjà en vigueur dans leur teneur actuelle au jour où la décision attaquée a été rendue. Il en va de même des règles légales déterminantes contenues dans le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201). Elles peuvent donc être appliquées selon leur teneur actuelle.

4. a) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, une invalidité d'au moins 40 % ouvre le droit à un quart de rente, celle de 50 % au moins à une demi-rente, et celle de 66 2/3 % au moins à une rente entière. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa version postérieure au 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

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 ; cf. art. 4 al. 1 aLAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut

raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En 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.

Aux termes de l'art. 16 LPGA (cf. art. 28 al. 2 aLAI), 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.

b) Aux termes 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.

Selon l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (ci-après : RAI), la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du degré d'invalidité ou d'impotence, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du degré d'invalidité ou d'impotence.

L'art. 88a alinéa 1er RAI dispose que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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 déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. La diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet au

plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88 bis al. 2 let. a RAI).

Il résulte des dispositions qui précèdent que tout changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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 décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence ; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 et 390 consid. 1b). 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, 25 septembre 2006, I 755/04).

c) Pour pouvoir fixer le taux d'invalidité, respectivement se déterminer sur une modification de celui-ci, 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, 10 mars 2009, 9C_519/2008, consid. 2.1).

Le juge des assurances sociales 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).

En outre, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193 ; ATF 119 V 9 et les arrêts cités ; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^e éd., Berne 2003, n° 30 p. 331 ; Alfred Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, Bâle et Francfort-sur-le-Main 1993, pp. 422-423).

5. a) Cela étant posé, il convient d'examiner si les conditions d'une révision sont données en l'espèce, soit dans un premier temps de déterminer s'il est survenu un changement important de circonstances qui soit propre à influencer le degré d'invalidité, partant le droit à la rente. Pour ce faire, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente (le 25 juin 2002) et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (du 6 septembre 2007).

A cet égard, le recourant fait grief à l'OAI d'avoir considéré qu'il présentait, au moment où la décision de révision de rente a été rendue, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état

de santé, alors même que la lecture du dossier révélerait selon lui une réalité toute autre, notamment une incapacité de gain justifiant le maintien d'une rente entière.

L'on distinguera, dans le cadre de l'examen des conditions posées à la révision ainsi que de la capacité de travail résiduelle, la situation sur le plan somatique (consid. 5b ci-dessous) de celle sur le plan psychique (consid. 5c ci-dessous).

b) Sur le plan somatique tout d'abord, l'instruction a incontestablement mis en lumière une évolution de l'état de santé du recourant.

Il apparaît en effet qu'à l'époque de la décision d'octroi de rente du 25 juin 2002, la situation n'était pas stabilisée (raison pour laquelle d'ailleurs l'OAI avait d'ailleurs d'emblée fixé un terme de révision). Tant le médecin traitant du recourant, le Dr D._____, que les Drs P._____ et J._____, avaient diagnostiqué, de manière univoque, un retard de consolidation de la fracture du tibia ayant évolué vers une pseudarthrose. Selon le Dr J._____, le processus de réfection devait encore durer au minimum jusqu'au milieu, voire la fin de l'année 2002 (cf. rapport faisant suite à l'intervention chirurgicale du 27 novembre 2001). Ce dernier relevait également, le 12 avril 2002, soit un peu plus de deux mois avant la décision d'octroi de rente, qu'une évaluation de la capacité fonctionnelle pourrait intervenir à l'issue d'une période de trois mois ; il laissait au demeurant entendre, dans le questionnaire annexé à ce rapport, que la fracture n'était pas guérie mais qu'une fois que tel serait le cas, le recourant devrait recouvrer une pleine capacité de travail, sous réserve de certaines limitations fonctionnelles.

Depuis la décision de rente du 25 juin 2002, la situation du recourant s'est en revanche stabilisée. Il ressort effectivement des différents rapports et avis médicaux produits au dossier que depuis lors, sur le plan strictement orthopédique, la fracture dont a souffert le recourant s'est consolidée et que ne subsistent plus, au titre de séquelles

de l'accident, que des douleurs résiduelles ainsi qu'un certain nombre de limitations fonctionnelles (quant à la marche, au port de charges et à la nécessité d'alterner les positions notamment). L'avis médical divergent de la Dresse Z. _____ du 22 juillet 2005 selon lequel la plupart des troubles limitatifs relèveraient du trouble somatoforme douloureux doit sur ce point précis être écarté dans la mesure où il n'est ni motivé, ni d'ailleurs corroboré. Cela étant précisé, le recourant ne conteste pas, sur le principe, un amélioration de son état physique, puisqu'il se borne à cet égard à contester la répercussion sur la capacité de gain telle qu'elle a été retenue par l'OAI. Cela étant, il convient de considérer que c'est à bon droit que l'OAI a envisagé la révision de la rente accordée au recourant s'agissant de son état de santé physique, qui s'est notablement amélioré.

Il reste à se prononcer sur la question du caractère invalidant de ces troubles somatiques et à déterminer la capacité de travail résiduelle du recourant.

Les deux médecins qui ont suivi le recourant après la décision de rente du 25 juin 2002, savoir les Drs D. _____ et J. _____, ont tous deux reconnu, de manière concordante, que sur le plan strictement somatique, le capacité de travail de l'intéressé ne pouvait plus être améliorée par des mesures médicales (les seules réserves émises concernant les aspects psychologiques) et que ce dernier, s'il était inapte à reprendre son activité passée, était en revanche apte à exercer une activité professionnelle adaptée aux douleurs résiduelles et autres limitations fonctionnelles subsistant.

Ainsi, le Dr J. _____ relevait-il, dans son rapport du 8 août 2002, que le recourant était apte à recommencer un travail léger avec port de charges de moins de 10 kg et alternance de positions. Le 5 février 2003, le Dr D. _____, écrivait qu'il lui semblait que son patient pourrait retravailler à 100 % dans un emploi adapté. Puis, dans le rapport médical qu'il a adressé le 9 mai 2003 au médecin d'arrondissement, le Dr J. _____ exposait que selon lui, C. _____ était apte à un travail adapté dès le 1^{er} avril 2003, soit des travaux excluant des ports de charges de plus de 15

kg et excluant l'exposition à des intempéries. Enfin, le Dr D. _____ suggérait une nouvelle fois, dans un rapport du 21 mars 2003, une reprise de travail à 100 % dans une profession adaptée, n'impliquant pas de déplacements.

Ces deux praticiens se sont prononcés sur la question de la capacité de travail quant à l'état de santé physique du recourant en se basant sur des examens médicaux tout à fait complets et approfondis, reposant sur une anamnèse complète et tenant compte des plaintes ainsi que de l'entier de la symptomatologie somatique du recourant. Les conclusions de leurs avis médicaux, qui concordent, sont à cet égard claires, cohérentes et motivées. Elles satisfont dès lors aux réquisits jurisprudentiels de telle sorte qu'on peut leur accorder une pleine valeur probante.

Ces avis médicaux ne sont du reste pas contredits par le rapport d'observation établi au Centre de formation F. _____, dont il ressort que malgré les douleurs résiduelles et les limitations fonctionnelles présentées par le recourant, ce dernier est, sur le plan physique, capable d'effectuer une activité de type "atelier protégé".

Certes, la conclusion de ce rapport est nuancée en ce sens que l'on ne retient qu'une capacité de gain du recourant à temps partiel, en relevant que "sur un taux de présence de 50%, son rendement est diminué". On comprend toutefois, à la lecture de ce rapport, dans son ensemble, que c'est avant tout la prise en compte de d'éléments d'ordre psychologique (qui seront examinées plus loin) qui a dicté cette constatation. Il convient au demeurant de préférer aux conclusions de ce rapport, sur ce point, celles posées par les médecins susmentionnés, qui vont dans le sens d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée ; il est en effet de jurisprudence que, de manière générale, les données médicales doivent l'emporter sur les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelles dès lors que celles-ci sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au

comportement de l'assuré pendant le stage (cf. TFA, 22 mai 2001, I 522/00).

Cela dit, il est vrai que le Dr D. _____ semble également être revenu sur ses précédentes conclusions dans le courrier qu'il a adressé à l'OAI en date du 5 juillet 2007. Ce revirement semble cependant reposer surtout sur des considérations liées à l'état de santé psychique du recourant (qui sera, on l'a dit, examiné plus loin) ; en outre, il contredit les précédents rapports de ce même médecin, dans lesquels ce dernier reconnaissait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. L'on ne saurait dès lors retenir cet avis médical comme déterminant dans le cadre de l'examen de la situation du recourant au plan somatique. Cette solution s'impose à plus forte raison que le praticien en question est le médecin traitant du recourant, dont l'avis doit de toute manière être apprécié avec réserve - d'autant plus qu'il n'est pas corroboré par d'autres éléments du dossier et qu'il constitue un revirement par rapport à des avis antérieurs. Il faut en effet, selon la jurisprudence de notre Haute Cour, 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 (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références citées).

Compte tenu des considérations qui précèdent, c'est à bon droit que l'OAI a retenu, au plan somatique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, de nature simple et répétitive. Cette conclusion rejoint d'ailleurs l'appréciation faite par le médecin-conseil de la CNA, le Dr N. _____, qui, dans son rapport médical final du 24 octobre 2003, constate que "du point orthopédique, on ne peut que répéter que la reprise d'une activité professionnelle, légère, largement sédentaire et autorisant des positions alternées est tout à fait envisageable, sans restriction d'horaire ni perte de rendement".

c) Il convient à présent d'examiner la situation sur le plan psychique.

A cet égard, le recourant expose qu'il souffre de divers troubles qui rendraient selon lui impossible toute reprise à plein temps du travail.

aa) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Toutefois, on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections invalidantes à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

bb) En l'espèce, l'instruction a démontré qu'en 2002, consécutivement à son accident, le recourant s'est retrouvé sans emploi et qu'il s'est séparé d'avec son épouse. Il en a été très affecté moralement, comme le relèvent les Drs N._____, J._____ et D._____ dans leurs rapports médicaux et courriers respectifs des 8 août 2002, 30 octobre 2002 et 5 février 2003, où ils évoquent un état dépressif sans toutefois poser formellement de diagnostic à ce stade. Dans son courrier du 5 février 2003, le Dr D._____ relève toutefois déjà une amélioration de la situation sur le plan moral ensuite de l'introduction d'un traitement antidépresseur et d'une prise en charge thérapeutique au Centre psycho-social H._____. Cette amélioration est également due, selon ce praticien, au fait que le recourant s'est retrouvé une amie, qu'il a épousé le 28 décembre 2002 et avec laquelle il a le projet de construire une famille. Dans son rapport du 21 mars 2003, ce même médecin pose pour la première fois le diagnostic d'"état dépressif réactionnel à une situation socio-professionnelle dans le cadre d'une maladie somatique", diagnostic qui existe selon lui depuis le jour de l'accident, soit le 5 octobre 2000. Il relève également que cet état dépressif régressif a amené le recourant à vivre dans la solitude et le dénuement mais que ce dernier bénéficie désormais d'un suivi thérapeutique. Dans leur rapport du 9 mai 2003, les médecins du Centre psycho-social H._____ exposent à son tour que la

situation du recourant sur le plan thymique semble peu à peu s'améliorer sous traitement antidépresseur et être en voie de se stabiliser, évoquant la fin prochaine de la prise en charge.

La lecture des différents rapports et avis médicaux qui précèdent met ainsi en lumière, à ce stade, un état dépressif apparu en 2002 ainsi qu'une amélioration de la situation dès fin 2002, début 2003. Ce trouble n'avait pas été diagnostiqué à l'époque de la décision de rente du 25 juin 2002. Il importe dès lors de déterminer si ce trouble revêt ou non un caractère invalidant, soit si son existence doit être retenue comme facteur influant sur le droit à la rente du recourant.

Le rapport médical établi par les médecins de l'Unité psychiatrique Y. _____ le 13 novembre 2003 retient les diagnostics de personnalité émotionnellement labile, de type impulsif, de même que d'épisode dépressif d'intensité moyenne avec symptôme somatique. En revanche, les experts ne se prononcent pas sur la question de l'impact de cette symptomatologie sur la capacité de travail du recourant, se contentant de relever, sans autre forme de motivation, qu'une reprise du travail leur semble illusoire et qu'il serait selon eux nécessaire de procéder à une expertise pluridisciplinaire. Dans ces conditions, ce rapport ne peut être tenu pour déterminant si ce n'est quant au seul diagnostic posé.

Reste le rapport d'expertise du 24 mai 2005 du Dr B. _____. Dans ce rapport, l'expert pose, quant à l'état de santé strictement psychique du recourant, les diagnostics de trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle mineure, de trouble obsessionnel compulsif, qualifié de léger (cf. p. 20 de l'expertise), ainsi que de trouble de la personnalité non spécifié (traits de la personnalité paranoïaque, traits de la personnalité limite et traits de la personnalité dépendants).

D'une manière générale, ce rapport repose sur des examens médicaux tout à fait complets et approfondis, dispose d'une anamnèse complète et tient compte des plaintes du recourant. Il fait état de

l'ensemble de la symptomatologie psychique. Abstraction faite des conclusions que l'expert tire quant à l'impact des troubles diagnostiqués sur la capacité de travail, le rapport apparaît conforme aux exigences posées par la jurisprudence (cf. consid. 4c ci-dessus). S'agissant des conclusions de l'expertise, l'on constate qu'elles entrent sur plusieurs points en contradiction avec le corps du rapport ; elles ne paraissent dès lors pas très convaincantes. L'expert se livre en d'autres termes à une interprétation erronée d'observations médicales valablement faites.

Le Dr B._____ relève que "les limitations fonctionnelles découlent des multiples algies tels que maux de dos, céphalées et gonalgies, de la fatigue, de l'irritabilité, de la nervosité, de la sensibilité globale dans le contact interpersonnel, des troubles cognitifs, des symptômes neurovégétatifs anxieux et des manifestations obsessionnelles compulsives ainsi que de la labilité thymique". Si l'on peut admettre le caractère limitatif quant à l'exercice d'une activité professionnelle des diverses algies et gonalgies (qui relèvent bien de la symptomatologie somatique et non pas, comme le laisse entendre la Dresse Z._____, du trouble somatoforme douloureux - cf. consid. 5b ci-dessus), force est de constater que les autres facteurs évoqués ne sont soit pas véritablement objectivés, soit paraissent difficilement susceptibles d'entraîner en soi une invalidité, dans une activité adaptée. Tel est notamment le cas de la fatigue, de l'irritabilité, de l'anxiété, qui devraient pouvoir être surmontés par un effort de volonté de la part du recourant dans la cadre, une fois encore, d'une activité adaptée. S'agissant des troubles obsessionnels compulsifs, qualifiés de légers par l'expert, l'on peine à entrevoir l'effet invalidant d'un comportement consistant à se laver les mains après la plupart des activités, deux fois de suite, ou encore à vérifier une à deux fois si la cuisinière est éteinte et la porte fermée. Comme le relève (cette fois-ci) à juste titre la Dresse Z._____ dans son avis médical du 22 juillet 2005, ce ne sont pas là des troubles invalidants occupant le recourant pendant des heures.

Le Dr B._____ diagnostique également un trouble de la personnalité non spécifié. Ce dernier n'est toutefois pas décompensé, de

telle sorte que l'on peine à entrevoir un quelconque effet invalidant. En particulier, les différents traits de la personnalité décrits par l'expert ne paraissent pas en soi incompatibles avec l'accomplissement d'un travail. Quant à l'intelligence du recourant, elle se situe selon l'expert dans la norme et ce dernier n'observe pas, abstraction faite de légers troubles de la concentration, de troubles majeurs de la mémoire.

L'expert évoque encore un épisode dépressif majeur, précisant qu'il s'agit selon lui d'un épisode isolé, en rémission partielle et d'intensité actuelle mineure. Quoi qu'il en soit, on relèvera (tout comme le fait d'ailleurs l'expert), que le recourant s'est trouvé une amie, originaire de son pays, qu'il a épousé le 28 décembre 2002 déjà, avec laquelle il a su élaborer des projets de vie et les concrétiser, et qu'il rencontre occasionnellement des anciens collègues de travail, voit deux à trois fois par semaine un ami compatriote de même que, occasionnellement, son ex-épouse. Aussi, la conclusion du Dr B. _____ selon laquelle le recourant se trouverait encore dans un état dépressif invalidant, impliquant une situation d'isolement social, paraît-elle dès lors peu crédible.

Enfin, d'une manière générale, l'expert ne discute pas la part de troubles relevant uniquement de facteurs non médicaux (longue interruption de travail, déconditionnement, absence de formation professionnelle, non-observance du traitement, bénéfices secondaires, sentiment d'injustice vis-à-vis des médecins alimentant la revendication, etc.), lesquels ne sont pas du ressort de l'AI. Or ceux-ci sont à l'évidence présents et importants. L'absence de suivi thérapeutique joue en particulier un rôle majeur dans la mesure où les symptômes de fatigue et d'irritabilité pourraient certainement être combattus par un traitement pharmacologique et psychothérapeutique de soutien adéquat.

Dans ces conditions, on préférera aux conclusions du Dr B. _____ l'analyse faite de ces mêmes données médicales de base, qui sont en soi suffisantes pour trancher la question la capacité de travail du recourant, par la Dresse Z. _____, du SMR, analyse qui apparaît, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, bien plus convaincante. Les

conclusions de cet avis médical sont sur ces points claires, cohérentes et motivées. Le fait que cette praticienne travaille pour le compte du SMR n'affecte nullement la valeur probante de cet avis médical, en l'absence d'indice concret mettant en doute son bien-fondé (ATF 125 V 351 ; ATF 104 V 209 ; TFA, 5 septembre 2000, U 71/00, consid. 2b ; TFA, 28 octobre 2002, I 523/02, consid. 3 ; Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in: Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Bâle 2000, p. 268).

Les conclusions du rapport du 9 janvier 2007 du Centre de formation F._____, selon lesquelles, sur un taux de présence de 50%, le rendement du recourant serait diminué pour de motifs dont on comprend qu'ils sont essentiellement d'ordre psychique, ne sont d'aucun secours pour le recourant, dans la mesure où elles ne sauraient, comme il a été dit plus haut, l'emporter sur un avis médical (cf. TFA, 22 mai 2001, I 522/00 cité sous consid. 5b ci-dessus).

Quant à l'opinion formulée par le Dr D._____ dans son courrier du 5 juillet 2007 adressé à l'OAI, selon lesquelles le recourant souffrirait de pathologies psychiatriques lourdes, d'une part elle se fonde précisément sur les observations du Dr B._____ (en méconnaissance toutefois des nuances apportées par ce praticien quant à la gravité actuelle des troubles) de même que sur le rapport du Centre de formation F._____ ; or, ces rapports ont été écartés pour les motifs exposés plus haut. D'autre part, l'avis de ce médecin traitant doit, comme il a été exposé auparavant, être accueilli avec réserve (cf. ATF 125 V 351 précité).

En conclusion, y a lieu de considérer en l'espèce que le recourant dispose, sur le plan psychique, des ressources suffisantes pour reprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

d) Il convient donc de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité que l'assuré était susceptible de réaliser en 2003, année au cours de laquelle le droit à la rente entière a été révisé (ATF 129 V 222), afin de déterminer son taux d'invalidité.

Le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé en fonction du gain que l'assuré réaliserait vraisemblablement s'il était en bonne santé.

En l'espèce, il résulte des renseignements fournis par les anciens employeurs du recourant que le gain brut pour l'année 2003 se serait élevé à (50'400 + 11'000 =) 61'400 francs.

S'agissant du calcul du revenu avec invalidité auquel a procédé l'intimé, il ne prête pas le flanc à la critique.

Conformément à la jurisprudence, l'OAI a évalué le revenu d'invalidé sur la base de statistiques salariales, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé (cf. ATF 126 V 75). Il s'est ainsi valablement fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (édition 2002) en retenant un niveau de qualification 4, qui correspond aux activités simples et répétitives, suivant en cela notamment les observations résultant du rapport du Centre de formation F._____. L'OAI a ensuite correctement réajusté cette valeur centrale en fonction de l'horaire hebdomadaire moyen, qui est de 41.7 heures (cf. ATF 126 V 75 précité ; TFA, 26 juin 2003, 616/02 ; La Vie économique, n° 10/2006, p. 90, table B 9.2), puis l'a indexée afin d'obtenir un revenu théorique pour l'année 2003 de 57'806 fr.18 (cf. La Vie économique, n° 10/2006, p. 90, table B 10.2).

Selon la jurisprudence, le montant ainsi obtenu peut, le cas échéant, encore être réduit en raison des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des paramètres entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25%. Enfin, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent,

substituer son appréciation à celle de l'administration dans la fixation de cette déduction (ATF 126 V 75 précité, consid. 5b s.).

Dans le cas présent, l'OAI a opéré une déduction de 10%. La Cour de céans ne voit aucune raison de s'écarter de ce cette évaluation, qui relève d'une appréciation correcte de la situation compte tenu des limitations fonctionnelles auxquelles le recourant doit faire face.

En conséquence, le revenu exigible annuel brut retenu par l'OAI, savoir 52'025 fr. 56, n'est pas critiquable.

La comparaison des revenus sans et avec invalidité entraîne un taux d'invalidité de $([61'400 - 52'025.56] \times 100 / 61'400 =) 15,26\%$.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que l'intimé était fondé à supprimer, pour l'avenir (dès le premier jour du 2^e mois suivant la notification de la décision - art. 88 bis al. 2 let. a RAI), la rente d'invalidité allouée au recourant.

L'on notera encore au passage que le taux d'invalidité précité correspond à peu de chose près à celui, très légèrement plus élevé, retenu par la CNA dans sa décision sur opposition du 29 août 2005, qui était de 17.61 %. S'il est vrai qu'en principe, au vu de l'unité de la notion d'invalidité, il n'y a pas lieu, sauf motifs pertinents exceptionnels - d'apprécier différemment les conséquences économiques d'une seule et même atteinte à la santé, en particulier lorsque la décision d'un premier assureur est entrée en force (ATF 126 V 288), cette problématique n'est pas déterminante en l'espèce dans la mesure où même si l'on s'en tenait au taux retenu par la CNA, la rente d'invalidité du recourant devrait quoi qu'il en soit être supprimée.

e) Les éléments au dossier étant tout à fait probants pour résoudre, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, la question litigieuse du bien-fondé de la décision de suppression de rente, l'expertise médicale requise par le recourant se serait révélée superflue. Il n'y avait

dès lors pas lieu d'ordonner sa mise en œuvre ("appréciation anticipée des preuves" ; ATF 130 II 425, consid. 2.1 ; 122 II 464, consid. 4a ; 122 III 219, consid. 3c ; 120 Ib 224, consid. 2b ; 119 V 335, consid. 3c et la référence).

6. a) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'un dossier complet, en particulier sur le plan médical, que le degré d'invalidité du recourant s'est modifié de telle sorte que la rente doit être supprimée pour l'avenir. En conséquence, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision attaquée.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 6 septembre 2007 est confirmée.

- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Eric Kaltenrieder, avocat (pour C. _____)
- 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 :