

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 mars 2010

---

---

Présidence de M. NEU  
Juges : M. Jomini et Mme Lanz Pleines  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à Rolle, recourant, représenté par DAS, Protection juridique SA,  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** Q.\_\_\_\_\_, né en 1953, était employé de voirie auprès de l'entreprise G.\_\_\_\_\_ à [...]. Le 7 août 1998, le camion dans lequel il avait pris place en qualité de passager, a été percuté à l'arrière par un poids-lourd (dont le conducteur s'était assoupi au volant) et s'est renversé sur le flanc après être sorti de la route, l'assuré restant coincé dans la cabine. Cet accident professionnel de la circulation a entraîné une fracture-luxation de l'épaule gauche, une fracture du fémur gauche (après ostéosynthèse pratiquée 10 ans auparavant également pour une fracture du fémur), une fracture de la malléole et de l'astragale droit, ainsi que de multiples dermo-abrasions. Son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA). L'intéressé a subi une réduction d'une luxation d'épaule sous anesthésie générale, une ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur gauche, une réduction sanglante et une ostéosynthèse du fémur gauche, ainsi que la confection d'une botte plâtrée droite. Après une longue hospitalisation et des complications opératoires, dues notamment à une infection nosocomiale, l'assuré a séjourné du 21 avril au 21 mai 1999 à la Clinique de réadaptation de [...]. En raison de séquelles douloureuses, Q.\_\_\_\_\_ a fait un séjour du 27 juillet au 23 août 2000 à la Clinique V.\_\_\_\_\_ pour un avis global et une rééducation. Dans un rapport du 29 septembre 2001 établi à l'issue du séjour à la Clinique V.\_\_\_\_\_, les Drs L.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ont attesté une incapacité totale de travail et préconisé une nouvelle intervention au niveau de l'articulation sous-astragalienne. La fracture de l'astragale droit ayant évolué vers une pseudarthrose, l'assuré a dès lors subi le 13 décembre 2000 "une révision, arthrodèse sous-astragalienne fixée par une vis, greffe autogène prélevée au tibia, puis immobilisation plâtrée".

Dans un rapport médical du 17 janvier 2001 adressé à la CNA, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant de l'assuré, a relevé que le handicap et la durée des pathologies traumatiques présentées par son patient indiquaient qu'une reprise de son activité, comme celle précédant l'accident, n'était pas possible. L'assuré a

séjourné une seconde fois à la Clinique V.\_\_\_\_\_, soit du 8 au 28 août 2001, en vue d'une rééducation intensive avant la reprise d'une activité professionnelle. Dans ce cadre, un bilan professionnel a été effectué, laissant apparaître que, vu son état de santé, il était impossible d'adapter une activité quelconque pour l'assuré, si bien qu'il avait été déplanifié pour des raisons médicales. Dans un consilium psychiatrique du 22 août 2001, le Dr R.\_\_\_\_\_ a fait état d'un trouble dépressif majeur de degré moyen (F 32.1) et d'un trouble anxieux non spécifié (F 41.9), justifiant l'introduction d'un traitement médicamenteux et d'un suivi psychothérapeutique. Dans un rapport du 27 septembre 2001 établi à l'issue du séjour en clinique, les Drs X.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics primaires de thérapies physiques et fonctionnelles, ainsi que les diagnostics secondaires de limitation fonctionnelle et douloureuse de l'articulation sous-astragaliennne droite, de conflit postéro-supérieur de l'épaule gauche et de limitation fonctionnelle et douloureuse de la hanche gauche. Ils ont également retenu le diagnostic psychiatrique établi par le Dr R.\_\_\_\_\_. Ils ont dès lors confirmé que la capacité actuelle de travail de l'assuré dans la profession d'employé de voirie était nulle, tout en précisant que des mesures médicales n'étaient pas susceptibles d'améliorer significativement ses capacités fonctionnelles.

Q.\_\_\_\_\_ s'étant annoncé en date 19 août 1999 à l'assurance-invalidité pour une mesure de rééducation dans la même profession et une rente, il a finalement suivi une observation professionnelle complète auprès du COPAI à Genève du 3 septembre 2001 au 28 octobre 2001, comportant un stage professionnel auprès de l'entreprise P.\_\_\_\_\_. Dans un rapport de synthèse du 16 novembre 2001, le COPAI a conclu à l'impossibilité de réadapter l'assuré dans un circuit économique normal, le rendement global résiduel théorique de l'assuré étant évalué entre 25 % et 30 % (en entreprise rendement de 50 % sur un mi-temps). Dans un rapport du 10 novembre 2001, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin consultant auprès du COPAI, a relevé que l'assuré souffrait d'un handicap résiduel lourd, avec des difficultés positionnelles majeures, des douleurs fréquentes et une grande fatigabilité.

Par avis médical du 21 février 2002, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) estimant que le rapport du COPAI était incomplet s'agissant des limitations fonctionnelles de l'assuré après l'arthrodèse sous-astragaliennne, a considéré qu'il y avait lieu de solliciter les documents médicaux de la CNA, puis éventuellement de mandater un expert.

Dans le cadre de la procédure en matière d'accidents, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement à la CNA, a procédé le 17 janvier 2002 à l'examen médical final de l'assuré. Il a retenu qu'il subsistait des séquelles subjectives sous forme de douleurs variables de l'épaule gauche, de la cuisse gauche et de l'arrière pied à droite. Il a en outre constaté une limitation fonctionnelle modérée de l'épaule avec une mobilité articulaire dépassant les 120° activement et passivement, une discrète limitation de la mobilité de la hanche gauche, ainsi qu'une limitation de la fonction de l'arrière pied à droite consécutive à l'arthrodèse sous-astragaliennne. Il a dès lors considéré que la capacité de travail dans le métier d'employé de voirie était nulle, alors qu'une capacité de travail complète était exigible dans un travail assis permettant l'alternance de positions et ne sollicitant pas l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale. Les conclusions du COPAI et du Dr N.\_\_\_\_\_ étant divergentes, la CNA a demandé des explications complémentaires au Dr N.\_\_\_\_\_. Dans une note du 11 février 2002, ce praticien a précisé qu'il ne comprenait pas les arguments avancés par le COPAI pour exclure une réadaptation dans une autre profession. Il a cependant précisé qu'il avait procédé à une analyse médico-théorique, alors que le COPAI se plaçait exclusivement dans une perspective économique en lien avec la situation sur le marché du travail.

Par communication du 22 février 2002, la CNA a informé l'intéressé qu'elle mettait un terme au paiement de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2002, considérant que son état était désormais stabilisé.

L'assuré ayant subi une nouvelle intervention en date du 10 avril 2002 relative à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur gauche, la CNA a, par communication du 12 juin 2002, annulé sa communication du 22 février 2002 et repris le versement des indemnités journalières et des frais de traitement à partir du 1er avril 2002. Dans un rapport du 8 mai 2002, M. Z. \_\_\_\_\_ de la division administrative de l'OAI, a considéré que les éléments d'observation mis en évidence par les répondants professionnels du COPAI n'étaient pas de nature à justifier une diminution significative de la capacité de travail résiduelle de l'assuré s'agissant tout au moins des emplois de type industriel correspondant aux règles d'hygiène posturale et de charge admise préalablement sur la plan médical. Dans un rapport médical intermédiaire du 4 septembre 2002 destiné à la CNA, le Dr J. \_\_\_\_\_ a relevé que la marche à plat était possible sans cannes, de manière précautionneuse. L'assuré se plaignait de douleurs résiduelles au fémur gauche et à la cheville droite. De manière générale, il avait noté des progrès subjectifs. Dans le cadre d'un examen médical final du 22 octobre 2002, le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement à la CNA a conclu à une capacité de travail de 50 % dans l'activité d'employé de voirie et de 100 % dans une série d'activités limitant la station debout et la marche prolongée, la marche en terrain inégal, le travail sur des échelles ou des échafaudages et le port de charges de plus de 15 kilos. Sur le plan psychiatrique, la CNA a décidé de confier une expertise psychiatrique au Dr B. \_\_\_\_\_. Dans un rapport du 18 septembre 2003, ce praticien a posé le diagnostic de symptomatologie anxio-dépressive de gravité légère n'ayant pas d'incidence majeure sur la capacité de travail dans une activité manuelle, tout en retenant une baisse de rendement de 20 % maximum en raison de problèmes psychologiques.

Compte tenu des documents médicaux transmis par la CNA, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après OAI) a sollicité l'avis du SMR afin de déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible et les limitations à prendre en compte. Malgré l'avis moins favorable du COPAI, le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié aux avis médicaux des deux médecins d'arrondissement de la CNA et des spécialistes de la V. \_\_\_\_\_. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a donc retenu que l'état de

santé de l'assuré s'était amélioré suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la cuisse gauche, si bien que la capacité de travail dans l'activité précédente passait de 0 % à 50 % dès octobre 2002. Ce praticien a en outre admis une capacité de travail complète dans une activité adaptée, avec toutefois une baisse de rendement de 20 % en raison de légers symptômes anxio-dépressifs dès janvier 2002 (avis médical du 22 mars 2004).

Par décision du 17 mai 2004, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 13 % dès le 1er avril 2004.

**b)** En date du 18 février 2005, l'OAI a adressé à Q.\_\_\_\_\_ un projet de décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er août 1999 au 31 mars 2002. Il a considéré qu'à partir du mois de janvier 2002, l'assuré présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 80 % dans une activité adaptée respectant certaines limitations fonctionnelles, soit : pas de travail des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, sans marche prolongée et station debout limitée, pas de port de charges de plus de 15 kilos, sans marche en terrain inégal sur des échelles et échafaudages. Il a fixé la fin du versement de la rente au 31 mars 2002, soit 3 mois après l'amélioration de son état de santé. S'agissant du taux d'invalidité, se référant à un certain nombre de descriptions de poste (DPT) versées au dossier, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu de 38'052 fr. 60 et que, en comparaison du salaire sans invalidité de 49'045 fr., la perte économique était de 22.41 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

En date du 17 mars 2005, l'assuré a fait opposition à cette décision en concluant principalement à la reconnaissance d'une rente d'invalidité entière dès le mois d'août 1999, calculée sur l'échelle de rente 44 et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise auprès du COMAI afin de déterminer son taux d'invalidité.

Par avis médical du 3 octobre 2005, le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR a considéré qu'il y avait lieu de s'aligner sur les décisions du médecin d'arrondissement de la CNA et de situer l'exigibilité au mois d'octobre 2002. Il a par ailleurs préconisé la reconnaissance d'une incapacité de travail totale depuis septembre 2004 en raison d'une nouvelle fracture du fémur, la situation n'étant pas stabilisée en raison d'un possible enclouage centro-médullaire.

En date du 28 février 2007, la CNA a annulé sa décision de rente du 17 mai 2004, le cas de l'assuré n'étant effectivement pas stabilisé pour permettre le maintien de la décision. Dans un rapport du 18 octobre 2007, le Dr N. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait subi le 16 mai 2007 une ostéotomie de valgisation distale du fémur. Il a retenu que l'évolution était marquée par la persistance de douleurs de la cuisse et du genou associées à des dysesthésies du bord interne de la jambe dans le territoire du nerf saphène.

Par avis médical du 16 janvier 2008, le SMR a constaté que la consolidation après ostéotomie distale n'était pas encore complète, raison pour laquelle l'incapacité de travail était toujours totale dans toute activité.

**c)** Par décision sur opposition du 20 août 2008, l'OAI a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de voyer depuis août 1998. Par contre, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, il a considéré que la capacité de travail était de 80 % à partir de juillet 2002 et qu'elle redevenait nulle à partir de septembre 2004. Procédant à une comparaison des revenus pour l'année 2002, en prenant en compte un revenu sans invalidité de 50'700 fr. et un revenu avec invalidité de 38'052 fr. 60, il a retenu un préjudice économique de 24.95 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par contre, il a reconnu une incapacité de travail totale dès le 14 septembre 2004. Compte tenu de 291 jours d'incapacité de travail à 24.95 % et de 74 jours d'incapacité de travail à 100 %, l'OAI a estimé que c'était à la fin du mois de novembre 2004 que l'assuré présentait une incapacité

de travail moyenne supérieure à 40 % durant une année, si bien qu'il y avait lieu de lui accorder un quart de rente dès le 1er novembre 2004. Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, l'intéressé avait cependant droit à une rente entière dès le 1er février 2005, soit trois mois après l'échéance du délai.

**B. a)** Par acte de son mandataire du 19 septembre 2008, Q. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision, en concluant d'une part à la confirmation de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période allant du 1er août 1999 au 30 septembre 2002 et dès le 1er février 2005 et d'autre part, à la reconnaissance d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1er octobre 2002 au 31 janvier 2004. Le recourant fait valoir que l'intimé n'a pas mentionné précisément quels étaient les avis des différents spécialistes consultés qui permettaient de retenir une capacité de travail de 80 % pendant la période litigieuse, se contentant de se référer de manière générale aux rapports de la V. \_\_\_\_\_, des médecins d'arrondissement de la CNA et ceux du SMR. L'OAI a également affirmé que ces avis médicaux étaient cohérents et motivés, sans que l'on sache pour quelles raisons ils prévalaient sur les conclusions du COPAI. Le recourant soutient que le Dr S. \_\_\_\_\_ ne l'a jamais vu en consultation et que son avis ne fait que reprendre celui des deux médecins de la CNA, sans indiquer pour quel motif leurs avis sont préférables à celui du COPAI. Le recourant relève ainsi que le Dr M. \_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 50 % dans l'ancienne activité, alors que ses limitations fonctionnelles sont incompatibles avec une telle activité. Enfin, le recourant rappelle que la CNA a continué à lui verser des indemnités journalières durant la période litigieuse, son état médical ne s'étant pas stabilisé.

**b)** Dans sa réponse du 11 décembre 2008, l'OAI a estimé que l'évaluation du COPAI ne modifiait en rien la capacité de travail médicalement attestée par la CNA, au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'évaluation de la capacité de travail ou du rendement par le biais d'un stage d'observation professionnelle.

**c)** Dans sa réplique du 26 janvier 2009, le recourant est d'avis qu'il est totalement erroné de soutenir que la CNA lui a reconnu une capacité de travail ou une capacité de gain, la CNA lui ayant versé des indemnités journalières durant la période litigieuse.

**d)** Dans sa duplique du 20 février 2009, l'OAI confirme sa décision, ainsi que son écriture du 11 décembre 2008.

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

**1. a)** Interjeté le 19 septembre 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** La demande de rente AI, a été déposée le 19 août 1999, la décision entreprise rendue le 20 août 2008 et le recours tend à l'octroi d'une rente entière pour la période allant du 1er octobre 2002 au 31 janvier 2004 (recte 2005).

La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1er 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 20 août 2008. Les modifications consécutives à la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI n'ont par conséquent pas à être prises en considération dans le présent cas.

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<sup>er</sup> janvier 2004 et, pour la période jusqu'au 30 janvier 2004 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4<sup>e</sup> révision, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

**3.** Le recourant se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle il prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

**a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7

LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

**4. a)** En l'espèce, est litigieuse la question du droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son degré d'invalidité pour la période allant du 1er octobre 2002 au 30 janvier 2005. En effet, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière jusqu'au 30 septembre 2002, puis dès le 1er février 2005. Seul est contesté le taux d'invalidité retenu par l'intimé qui, dans sa décision du 20 août 2008, a nié tout droit à des prestations jusqu'au 30 octobre 2004, puis a accordé un quart de rente du 1er novembre 2004 au 31 janvier 2005, considérant que le degré d'invalidité présenté par l'assuré était insuffisant pour obtenir une rente d'invalidité entière durant ladite période.

Il convient ainsi de déterminer si le recourant présentait une capacité de travail durant la période litigieuse, soit du 1er octobre 2002 au 30 janvier 2005. Ce dernier soutient, en s'appuyant sur le rapport du COPAI, que sa capacité de travail était nulle dans toute activité, alors que l'intimé considère pour sa part, en se basant sur les rapports des Drs N.\_\_\_\_\_ (rapports des 17 janvier et 8 février 2002), M.\_\_\_\_\_ (rapport du 22 octobre 2002) et B.\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 18 septembre 2003), que la capacité de travail de l'intéressé était de 80 % dans une activité adaptée.

**b)** Sur le plan somatique, les différents praticiens consultés s'accordent à reconnaître que le recourant présentait durant la période litigieuse des douleurs au niveau de la jambe gauche et du pied droit. Ils

divergent en revanche quant à l'incidence de ces douleurs sur la capacité de travail de l'assuré. S'agissant des douleurs et des problèmes de mobilisation de l'épaule gauche, il y a lieu de retenir qu'ils ont évolué favorablement. En effet, sur ce point, l'intéressé se plaignait tout au plus de difficultés à effectuer parfois certains mouvements, voire à déplacer des objets lourds avec ce bras (rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ du 18 septembre 2003, p.8) et signalait une légère faiblesse de l'épaule gauche aux efforts, sans autres plaintes spontanées (rapport du 22 octobre 2002 du Dr M. \_\_\_\_\_, p. 2).

S'agissant des membres inférieurs, il ressort du dossier que l'assuré s'est plaint de douleurs à la cheville droite (rapport intermédiaire du Dr J. \_\_\_\_\_ du 5 juillet 2000), ce qui a nécessité une intervention au niveau de l'articulation sous-astragalienne pratiquée le 13 décembre 2000. Les plaintes de l'assuré relatives à la cheville droite n'ont pas cessé après l'intervention, l'intéressé indiquant ressentir des fourmillements et des douleurs 24h/24h, l'obligeant à s'aider de cannes anglaises et à s'arrêter de travailler pour se dégourdir les jambes toutes les dix minutes (V. \_\_\_\_\_, rapport final des ateliers professionnels du 28.08.2001). Le 17 janvier 2002, l'assuré s'est également plaint de douleurs à la cuisse gauche (rapport du 17 janvier 2001 du Dr N. \_\_\_\_\_), ce qui a nécessité une ablation du matériel d'ostéosynthèse en raison d'une fracture de la plaque (rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 14 avril 2002). Lors d'un examen final effectué en date du 22 octobre 2002, le Dr M. \_\_\_\_\_ a relevé que malgré une consolidation des fractures, il persistait un remaniement osseux important après ablation du matériel d'ostéosynthèse, suite à une intervention subie le 10 avril 2002. Ce praticien a constaté la présence de deux vis cassées à la jonction tiers supérieur, tiers moyen, tout en excluant des séquelles traumatiques ou des signes radiologiques d'arthrose (rapport du 22 octobre 2002, p. 2). S'agissant des membres inférieurs, ce praticien a indiqué que l'assuré faisait état de plaintes subjectives, se rapportant à l'ancienne fracture du fémur gauche, lors de la mobilisation de la cuisse et de la hanche gauche et paraissant quelque peu exagérées. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a cependant admis lors de l'appréciation globale qu'il persistait une certaine fragilisation globale du fémur à la

radiographie sur remaniement post-fracturaire et des douleurs subjectives difficilement vérifiables à la face externe de la cuisse gauche (rapport, op. cit., p. 4), sans faire état d'autres éléments. Il n'a par ailleurs émis aucune appréciation concernant le genou gauche. Estimant le cas de l'assuré comme stabilisé, il a attesté une capacité de travail de 50 % dans l'ancienne profession et entière dans une activité adaptée.

**5. a)** Au vu de l'ensemble du dossier médical de l'assuré, il ressort clairement que le tableau douloureux annoncé par l'assuré ne pouvait être attribué à une exagération des plaintes au niveau de la cuisse et du genou. Ainsi, le Dr B. \_\_\_\_\_ a, dans le cadre d'une expertise psychiatrique réalisée le 6 août 2003, soit durant la période litigieuse, estimé qu'il n'était pas impossible qu'une composante psychogène participe à l'abaissement du seuil de tolérance à la douleur, raison pour laquelle l'hypothèse d'un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale pouvait éventuellement être évoquée (rapport d'expertise du 18 septembre 2003, p.15-16). En l'absence d'une symptomatologie polysystémique (digestive, urogénitale, ostéoarticulaire), l'expert a en effet exclu tout trouble de somatisation et a admis avoir peu d'arguments pour un trouble de conversion, ainsi qu'un trouble hystérique post-traumatique. Si l'assuré marchait sans canne vers la fin 2003, il continuait cependant à se plaindre d'importantes douleurs résiduelles, surtout à la cheville droite et au genou gauche qui était varisé (rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 2 novembre 2004). Sur ce point, le Dr J. \_\_\_\_\_ a indiqué que le genou gauche se trouvait désaxé en varum de 8° à 10° et qu'une arthrose s'annonçait comme inévitable à court terme, l'assuré se plaignant déjà de douleurs du compartiment interne (rapport du 21 juin 2004). Le varus post-traumatique symptomatique au genou gauche a finalement entraîné une fracture spontanée fémorale proximale, ainsi qu'une souffrance du compartiment interne (rapport opératoire du 16 mai 2007 du Dr J. \_\_\_\_\_), le bilan radiologique du 14 septembre 2004 mettant en évidence une fracture d'insuffisance médio-diaphysaire du fémur gauche, soit une fracture pathologique sur insuffisance osseuse du fémur gauche, ainsi que la présence de résidus métalliques sous forme de

vis cassée (rapport du 2 novembre 2004 du Dr J.\_\_\_\_\_). Le Dr J.\_\_\_\_\_ a précisé que la fracture installée dans le fémur était lente et que le varum s'était répercuté négativement sur la mécanique osseuse (rapport du 3 octobre 2006).

**b)** En conséquence, l'appréciation des Drs N.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ relatifs à une capacité de travail entière dans une activité adaptée n'emportent pas la conviction, dans la mesure où elle s'avère incomplète, voire en contradiction avec les avis des Drs B.\_\_\_\_\_ (quant aux douleurs décrites) et J.\_\_\_\_\_ (quant aux atteintes objectivables). On ne saurait dès lors se fonder sur les avis des Drs N.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ pour évaluer la capacité de travail de l'assuré, dans la mesure où ces praticiens n'ont pas retenu dans leur appréciation les atteintes objectivables au genou et à la cuisse gauche présentées par l'assuré, qui ne pouvaient, au demeurant, pas être attribuées à un syndrome de conversion. A cet égard, on rappellera qu'on conclura ordinairement à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations d'assurance que si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (ATF 131 V 49). En outre, alors que l'ensemble des praticiens a attesté une incapacité totale de travail dans l'ancienne profession de l'assuré, le Dr M.\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail de 50 % dans l'ancienne activité sans se prononcer de manière circonstanciée. Le Dr N.\_\_\_\_\_, quant à lui, a convenu que l'approche médicale à laquelle il avait procédé, était théorique, tout en admettant que les limitations fonctionnelles étaient importantes. L'appréciation du Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR doit également être écartée, car elle est essentiellement basée sur les avis peu tranchés des médecins de la CNA.

**c)** En outre, il convient de relever que contrairement à l'opinion de l'intimé, la CNA a, en définitive, reconnu à l'assuré une incapacité de travail totale durant la période litigieuse compte tenu de la fracture pathologique du fémur gauche, revenant ainsi sur son constat de stabilisation (décision de la CNA du 28 février 2007). Ainsi, l'approche de la CNA s'est avérée purement spéculative, voire théorique et sa

reconsidération du cas de l'intéressé, dans le sens des conclusions constantes du Dr J.\_\_\_\_\_, doit également être suivie par l'intimé.

**d)** Au vu de l'ensemble des pièces médicales, on doit dès lors reconnaître aux multiples rapports intermédiaires du Dr J.\_\_\_\_\_ pleine valeur probante. Son avis médical repose sur des examens cliniques approfondis et réguliers. Ce praticien a exclu de manière constante et convaincante toute amélioration (notamment rapports des 4 septembre 2002, 21 juin 2004 et 24 juin 2005). Son appréciation est au demeurant corroborée en grande partie par les rapports de la V.\_\_\_\_\_ et du COPAI. Ce praticien a ainsi apporté des éléments médicaux permettant d'expliquer objectivement les affections présentées par son patient et de démontrer que les douleurs, dont il souffrait, résultaient d'une pathologie physique.

L'instruction du dossier permet ainsi de statuer en connaissance de cause, si bien que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire s'avère superflue, eu égard également à l'écoulement du temps.

**5.** C'est dès lors à tort que l'intimé a conclu que la situation du recourant s'était améliorée, au regard de son état de santé et de la capacité de travail qui en découle, par rapport aux circonstances ayant justifié l'octroi de la rente entière d'invalidité à partir du 1er août 1999. Il s'ensuit que le recours doit être admis et que la décision attaquée doit être réformée, en ce sens que le recourant doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, sans interruption à compter du 1er août 1999. La cause doit ainsi être renvoyée à l'intimé afin qu'il fixe le montant complémentaire de la rente à verser à l'assuré pour les mois d'octobre 2002 à janvier 2005.

**6.** Le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD). Il n'est pas perçu de frais de justice (art. 49 al. 1 et 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 20 août 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que Q. \_\_\_\_\_ doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, sans interruption à compter du 1er août 1999.
  
- III. Le dossier de la cause est renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il fixe le montant complémentaire de la rente à verser au recourant pour les mois d'octobre 2002 à janvier 2005.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.
  
- V. Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- DAS Protection juridique SA (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :