Bundesverwaltungsgericht

Tribunal administratif fédéral

Tribunale amministrativo federale

Tribunal administrativ federal

Cour III
C-5202/2007
C-5883/2007/pii
{T 0/2}

Arrêt du 30 novembre 2010

Composition

Madeleine Hirsig (présidente du collège), Stefan Mesmer, Vito Valenti, juges,
Isabelle Pittet, greffière.

Parties

A._____,
représenté par Me Blaise Marmy, av. du Grand-St-Bernard 35, case postale 407, 1920 Martigny 1,
recourant,

contre

Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE),
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure,

Objet

Prestations de l'assurance-invalidité.

Faits :

A.
A._____, ressortissant portugais, né en 1967, est arrivé en Suisse en mai 1999. Détenteur d'un permis L, il a travaillé en Suisse, en tant que serrurier en construction métallique, dès l'année 2000, d'abord pour l'entreprise c._____ Sàrl, puis, à partir du 18 décembre 2000, pour l'entreprise d._____, à e._____, et ce jusqu'au 14 juin 2002, date à laquelle il a été victime d'un accident professionnel ayant entraîné une fracture bitubérositaire du tibia proximal gauche. Pendant cette période, il a acquitté les cotisations obligatoires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI; OAIE pce 22). Son contrat auprès de l'entreprise c._____, a été résilié par l'employeur le 14 janvier 2003 pour le 31 mars 2003 (OAI VS pce 21; CNA pce 34). A._____ n'a plus repris ensuite d'activité lucrative (OAI VS pces 1, 8, 9; CNA pces 1, 34; C-5202/2007 TAF pce 8).

B.
En date du 7 mai 2003, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Valais (OAI VS) a reçu de A._____ une demande de prestations de l'assurance-invalidité, datée du 5 mai 2003, par laquelle l'assuré requiert une rente d'invalidité et un reclassement dans une nouvelle profession (OAI VS pce 1).

B.a Dans le cadre de l'instruction de la demande, les documents suivants ont été versés aux actes, dont le dossier établi par la Caisse nationale d'assurances (CNA), requis par l'OAI VS (OAI VS pces 18, 47, 52, 98):

- un rapport médical LAA du 8 août 2002, établi par le Dr B._____, du service d'orthopédie et de traumatologie du Centre f._____ (CNA pce 6);

- un rapport du 27 août 2002 dans lequel le Dr C._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de A._____, relève que la situation, suite à l'accident et à l'hospitalisation de l'assuré, évolue normalement et favorablement sur le plan local avec une zone ulcéreuse en fin de cicatrisation et la poursuite de la physiothérapie (CNA pce 9);

- un rapport du 29 août 2002 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique à l'Hôpital g._____, à h._____, qui suit l'assuré depuis sa sortie du Centre f._____ où il a été hospitalisé du 14 juin au 9 juillet 2002 (CNA pces 6, 13; OAI VS pce 28);

- un certificat médical du 29 août 2002 également, du Dr E._____, de l'Hôpital g._____, attestant de l'incapacité de travail de l'assuré dès le 29 août 2002 (CNA pce 14);

- un protocole opératoire du Dr D._____ relatif au débridement et fermeture secondaire de la plaie, effectués le 2 septembre 2002 pour déhiscence de plaie (OAI VS pce 27; CNA pce 12);

- un certificat médical du 9 octobre 2002 du Dr C._____, attestant de l'incapacité de travail à 100% de l'assuré dès le 14 juin 2002, pour une durée indéterminée (CNA pce 15);

- un rapport médical intermédiaire du Dr D._____ du 4 novembre 2002 qui relève que la plaie est localement en voie de guérison et que le patient se plaint toujours de douleurs résiduelles du genou gauche (CNA pce 17);

- un rapport du 12 novembre 2002 du Dr F._____, du service de radiologie de l'Hôpital g._____, qui, en comparaison avec des examens effectués le 27 août 2002, indique notamment une bonne progression de la consolidation tibio-péronière et l'absence de complication apparente (CNA pce 16);

- un rapport du Dr D._____ du 19 novembre 2002 concernant la déhiscence de plaie et l'intervention du 2 septembre 2002 (OAI VS pce 29);

- un rapport du 26 novembre 2002 du Dr G._____, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a examiné l'assuré le même jour; le médecin constate que les radiographies montrent une assez bonne reconstruction du plateau tibial et que la consolidation a l'air de progresser normalement, mais que le patient se plaint de vives douleurs à la charge du tibia et paraît incapable de marcher sans cannes (OAI VS pce 30; CNA pce 20);

- un rapport du 29 novembre 2002 du Dr D._____ qui fait pour l'essentiel les mêmes constats que le Dr G._____ (OAI VS pce 31; CNA pce 22);

- les résultats d'un examen radiologique du genou, établis par le Dr H._____, de l'Hôpital i._____, et datés du 16 janvier 2003, qui concluent à une absence de changement significatif par rapport à un cliché effectué le 27 août 2002 et à l'absence d'argument radiologique en faveur d'une algoneurodystrophie (OAI VS pce 32; CNA pce 30), ainsi que les résultats, datés du 23 janvier 2003, d'une scintigraphie osseuse, également faite à l'Hôpital i._____ (OAI VS pce 33; CNA pce 30);

- un rapport de la Clinique j._____ (Drs I._____ et J._____) du 28 février 2003, établi suite au séjour de A._____ en vue d'une rééducation intensive (OAI VS pce 26; CNA pce 32; voir également avis de sortie du 18 février 2003 et rapport de physiothérapie relatif au traitement effectué du 14 janvier au 19 février 2003 [OAI VS pces 164, 14; CNA pces 27, 29]);

- un rapport du Dr D._____ du 13 mars 2003 (OAI VS pce 34; CNA pce 35);

- les rapports des 25 mars 2003, 17 avril 2003 et 4 juillet 2003 du Dr K._____, du service de chirurgie orthopédique et de réadaptation physique du Centre k._____, où l'assuré poursuit son traitement de physiothérapie (OAI VS pce 35, 36, 37 38; CNA pce 36, 38, 44, 50);

- un rapport du 31 mars 2003 du Dr L._____, du service d'orthopédie et de traumatologie du Centre f._____, qui fait état en particulier d'une probable lésion du ligament croisé postérieur et propose à l'assuré une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) pour pouvoir réaliser une résonance magnétique et diagnostiquer les lésions ligamentaires et cartilagineuses (CNA pce 43);

- un certificat médical du Dr C._____ du 3 juin 2003, qui déclare que A._____ est en arrêt de travail longue durée, le traitement n'étant pas terminé et des interventions chirurgicales étant encore à effectuer (OAI VS pce 15), ainsi qu'un rapport du même médecin du 16 juin 2003, qui relève notamment une stabilité des douleurs, en

relation avec l'irrégularité du plateau tibial et l'axe de charge non idéal, et une impossibilité de reprendre le travail pour le moment (CNA pce 47);

- un rapport du 18 juin 2003 du Dr M._____, du service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre f._____, qui fait état d'une bonne consolidation de la fracture et d'un axe tibial conservé, ainsi que d'une fracture de la diaphyse proximale du péroné avec une discrète pseudarthrose (CNA pce 78);

- un rapport médical intermédiaire du 8 juillet 2003, établi par le Dr L._____, qui a examiné l'assuré le 18 juin 2003 pour la dernière fois et qui, l'évolution étant stationnaire, reprend les observations et conclusions de son rapport du 8 mai 2003, ajoutant qu'il existe le risque d'un dommage permanent, sous forme de gonarthrose (CNA pce 51);

- le questionnaire pour l'employeur, daté du 14 juillet 2003 et rempli par l'entreprise d._____, contenant des informations notamment sur l'horaire de travail et le salaire de l'assuré avant son accident (OAI VS pce 21);

- le rapport médical et l'annexe au rapport médical du 18 août 2003, établis par le Dr D._____, qui y reprend les diagnostics déjà connus et y fait pour l'essentiel des observations similaires à celles contenues dans son rapport du 13 mars 2003 (OAI VS pces 24, 25);

- un rapport du 1er septembre 2003 du Dr K._____, qui pose en particulier le diagnostic de status après CRPS (complex regional pain syndrome ou algoneurodystrophie) type I du genou gauche et fait état d'un périmètre de marche de 30 minutes sans cannes, à l'intérieur; il constate que l'évolution reste stationnaire, mais que l'algoneurodystrophie est en retrait (CNA pce 60);

- le rapport médical et l'annexe au rapport médical du 8 septembre 2003, établis par le Dr C._____ après examen du patient le 29 août 2003, qui retient, comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, l'algoneurodystrophie du genou gauche, le status après fracture du tibia proximal gauche et le status après débridement et fermeture secondaire de la plaie pour déhiscence (OAI VS pces 41, 42);

- un rapport médical intermédiaire du Dr L._____, du 13 octobre 2003, qui reprend les diagnostics connus et indique qu'il a été procédé à l'AMO le 16 septembre 2003, qu'il est trop tôt pour se prononcer sur la reprise du travail, de même que pour évaluer si l'assuré a besoin d'une rente ou d'une reconversion professionnelle (courrier du Dr L._____ du 5 novembre 2003 [OAI VS pce 46]), et qu'il est à craindre un dommage permanent sous la forme de troubles dégénératifs (CNA pce 64);

- les résultats, datés du 18 novembre 2003, d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) effectuée au service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre f._____, qui indiquent notamment une probable déchirure du ligament croisé antérieur, une chondropathie et une lésion méniscale externe majeure (CNA pce 79);

- un rapport du 9 janvier 2004 du Dr K._____, qui pose en particulier les diagnostics de rupture méniscale externe gauche et de probable rupture du ligament croisé antérieur gauche (CNA pce 72);

- un protocole opératoire du service d'orthopédie-traumatologie du Centre f._____, qui note le diagnostic de chondrite post-traumatique stade III du plateau tibial interne et fait état d'un débridement arthroscopique effectué le 20 janvier 2004 (rapport médical intermédiaire du Dr N._____ du 8 mars 2004; CNA pce 87);

- un rapport du 12 février 2004 du Dr K._____, qui pose, outre les diagnostics déjà connus, ceux de status après arthroscopie du genou gauche, avec status après rupture du ligament croisé antérieur gauche, lésion au niveau du ménisque, chondropathie discrète (CNA pce 77);

- le formulaire E 213, daté du 24 février 2004 et rempli par le Dr C._____, qui reprend en grande partie les observations et conclusions de son rapport médical et de l'annexe au rapport médical du 8 septembre 2003, ainsi que les résultats de l'IRM du 18 novembre 2003 (OAI VS pces 41, 42; CNA pce 79); le Dr C._____ y ajoute le diagnostic de status après arthroscopie, nettoyage articulaire et complément de méniscectomie externe

gauche; il estime que l'assuré demeure capable d'exercer de façon régulière, probablement à temps plein, des travaux légers, dans une activité légère adaptée; s'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr C._____ décrit une impossibilité de marcher normalement, une boiterie et des douleurs au repos et en charge, la nécessité d'une position de travail alternée, voire assise, évitant les longs déplacements ou les longues périodes en station debout, pas de port de charges de plus de 5 kg et le moins souvent possible, pas de travaux lourds, ni d'exposition à l'humidité, au froid et à la chaleur, toutes ces restrictions étant permanentes depuis le 14 juin 2002 et découlant à son sens déjà de son rapport du 8 septembre 2003; en outre, le médecin considère qu'une amélioration de l'état de santé de l'assuré n'est pas possible, sauf meilleur contrôle des douleurs avec le temps et l'adaptation de la médication antalgique; quant à l'amélioration de la capacité de travail, elle passerait non pas par une réadaptation médicale, le Dr C._____ jugeant que tout a été fait et que seuls des antalgiques et de la physiothérapie itérative pourront encore aider le patient lorsque c'est nécessaire, mais par une réadaptation professionnelle (OAI VS pce 56);

- les résultats d'examens, établis le 5 mars 2004 par le Dr O._____, spécialiste en radiologie médicale, radiodiagnostic et médecine nucléaire, qui font état notamment d'une arthrose fémoro-patellaire gauche et d'une arthrose fémoro-tibiale interne et externe gauche avec irrégularités du plateau tibial interne et externe (CNA pce 82);

- le rapport d'examen médical final du 5 mars 2004, du Dr G._____, qui indique, suite à des radiographies comparatives des deux genoux, une arthrose post-traumatique tricompartimentale du genou gauche et une certaine atrophie osseuse, mais pas d'image de Sudeck; il note en outre, notamment, une amyotrophie de tout le membre inférieur gauche, une marche pratiquement impossible sans cannes, mais un déplacement avec aisance et même rapide avec les cannes (CNA pce 83; estimation de l'atteinte à l'intégrité: CNA pce 84);

- un rapport du 16 mars 2004 du Dr K._____, qui reprend les diagnostics déjà connus et fait des constats similaires à ceux figurant dans son rapport précédent, du 12 février 2004; il indique que la dysfonction au niveau du genou gauche reste présente, mais

semble moins importante qu'au mois de février; la physiothérapie est poursuivie (CNA pce 90);

- des feuilles-accident LAA établies par le Dr C._____, attestant de l'incapacité de travail à 100% de l'assuré dès le 14 juin 2002, puis dès le 14 janvier 2003 (jusqu'au mois de mars 2004 compris: CNA pces 11, 23, 24, 26, 28, 37, 39, 41, 48, 52, 53, 58, 61, 65, 66, 69, 70, 73, 76, 81, 91, 96);

- des attestations d'impôt à la source 2001 et 2002, et décomptes de salaire (OAI VS pces 11, 12, 13, 21; CNA pce 126).

B.b Dans un avis du 2 avril 2004, le Dr P._____, médecin de l'assurance-invalidité consulté sur le dossier de l'assuré et notamment sur le rapport du Dr G._____ du 5 mars 2004, estime qu'il est impossible de conclure actuellement à une capacité de travail complète de l'assuré, alors que les troubles ne sont pas réglés, et qu'une expertise est indiquée (OAI VS pce 59).

Mandaté pour ce faire, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a procédé à l'examen de A._____ le 27 avril 2004 et rendu un rapport d'expertise daté du 28 avril 2004 (OAI VS pce 63). Il y rapporte notamment les plaintes de l'assuré, entre autres des douleurs diffuses dans le genou gauche, constantes et tenaces, entravant le sommeil nocturne. Le médecin constate en particulier que la démarche à plat au cabinet se fait de façon très hésitante sans canne et avec une boiterie de décharge, et que le genou gauche présente une certaine enflure discrète; il ne note aucune instabilité au niveau ligamentaire.

Le Dr Q._____ retient, comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, une arthrose post-traumatique tricompartimentale modérée du genou gauche, sur status après fracture bitubérositaire ouverte, avec méniscectomie externe pour déchirure méniscale, rupture du ligament croisé antérieur et algodystrophie post-traumatique, ainsi qu'un syndrome d'amplification des symptômes. Il conclut que la reprise de l'ancienne activité n'est plus médicalement exigible, mais que par contre dans une activité adaptée, s'effectuant essentiellement en position assise, avec de la marche de façon limitée, sans travaux lourds et sans port de charge, une capacité de travail entière est médicalement exigible, bien qu'une

réintégration professionnelle effective, même dans un métier adapté, paraisse être bien aléatoire dans la situation de l'assuré; au plan physique, les limitations seraient dues à l'arthrose du genou.

B.c Le 8 juin 2004, le Dr K._____ a rendu, à l'attention du Dr C._____, un nouveau rapport dans lequel il note en particulier le diagnostic de syndrome fémoro-patellaire gauche et la mention, par l'assuré, d'une certaine amélioration dans ses douleurs. Le médecin conclut qu'une reprise du travail dans l'ancienne activité de l'assuré est plus que compromise, mais qu'une activité adaptée en position stationnaire assise avec peu de déplacement pourrait être tout à fait justifiée (CNA pce 98).

B.d A nouveau invité par l'OAI VS à rendre un avis suite à l'expertise du Dr Q._____, le Dr P._____ a conseillé qu'il soit procédé à une expertise psychiatrique, pour laquelle le Dr R._____, psychiatre, a été mandaté (avis du 7 mai 2004 [OAI VS pce 64]). Ce médecin a procédé à l'examen de l'assuré le 17 juin 2004 et rendu un rapport d'expertise daté du 20 juillet 2004 (OAI VS pce 69). Il y relate notamment les plaintes de l'assuré, en particulier les douleurs dans le genou gauche, douleurs ressenties au repos et à l'appui lors de la marche, et douleurs de position au lit.

Le Dr R._____ retient, comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, outre l'arthrose post-traumatique tricompartimentale du genou gauche, des troubles de l'humeur et un épisode dépressif moyen avec renforcement de la sensibilité à la douleur, ainsi que des algies du genou gauche, atteintes présentes depuis le 14 juin 2002. Le psychiatre rapporte que sur le plan psychique, l'activité professionnelle de A._____ est limitée par son état dépressif actuel, mais que la dépression pouvant être soignée, cette limitation ne devrait pas être définitive; sur le plan social, l'assuré semblerait bien intégré. Le médecin conclut ainsi que des mesures médicales (traitement de la dépression) et des mesures de réadaptation sont susceptibles d'améliorer la capacité de travail de l'assuré dans une activité différente de l'activité antérieure, un travail de bureau étant tout à fait possible avec son handicap, et que cette nouvelle activité pourrait s'exercer à un horaire normal; enfin, il n'existerait aucune capacité de travail dans la profession exercée avant l'accident.

Invité par le Dr P._____ à préciser son rapport d'expertise (avis du 27 juillet 2004 [OAI VS pce 72]), le Dr R._____ indique, dans une annexe au rapport médical du 8 août 2004, que le port de charges doit être limité à 5 kg, que les travaux lourds sont exclus et que la marche peut se faire sur 100 m. Il estime en outre que l'atteinte à la santé nécessite une réadaptation professionnelle, que la reprise du travail doit être progressive (50% le premier mois) et que la capacité de travail devrait ensuite être de 80% (OAI VS pces 78, 79).

B.e Dans son avis du 13 août 2004, le Dr P._____ juge que les renseignements médicaux sont suffisants et que la capacité de travail de l'assuré est de 80% dans une activité adaptée aux troubles somatiques, en position de préférence assise, sans port de charge, ni travail lourd et avec marche limitée, un traitement psychiatrique étant exigé (OAI VS pce 81).

C.
Ayant procédé à l'évaluation du taux d'invalidité de A._____ selon la méthode générale de comparaison des revenus (32%; OAI VS pce 80), l'OAI VS a rendu, le 16 août 2004, une décision, entrée en force, exigeant de l'assuré qu'il suive un traitement médical visant à traiter son état dépressif et lui reconnaissant le droit à l'orientation professionnelle pour déterminer ses possibilités de réinsertion (OAI VS pce 82).

D.
Dans un rapport du 12 octobre 2004, le Dr K._____ a indiqué qu'il décidait, dans cette situation de douleurs chroniques persistantes, d'interrompre le traitement de physiothérapie que suivait l'assuré, celui-ci étant souvent en attente de solution miracle où l'investissement personnel serait le moindre (CNA pce 128).

Par ailleurs, ont été versées au dossier de la CNA d'autres feuilles-accident LAA établies par le Dr C._____, attestant de l'incapacité de travail à 100% de l'assuré dès le 14 juin 2002, la dernière de ces feuilles ayant été reçue par la CNA le 19 octobre 2004 (d'avril à octobre 2004: CNA pces 97, 100, 102, 107, 127, 129).

E.

E.a Suite à divers entretiens entre l'assuré et S._____, psychologue auprès de l'OAI VS (OAI VS pces 85, 89, 94, 95, 101, 103, 104), l'OAI VS a rendu, le 23 novembre 2004, une nouvelle décision, entrée en force, relative à l'octroi d'orientation professionnelle, laquelle aura lieu sous forme de stage à l._____, du 22 novembre 2004 au 13 février 2005 (OAI VS pce 105).

E.b Dans un rapport du 3 décembre 2004, S._____ indique que l'assuré a appelé le 3 décembre 2004 pour dire que la mesure d'orientation exacerbant énormément ses douleurs, il ne pourrait plus aller travail dorénavant, et estime qu'il est dans un processus de demande de reconnaissance d'une invalidité complète, pas dans une perspective professionnelle, de sorte qu'il faut stopper la mesure puisque l'assuré ne la reprendra plus (OAI VS pce 111).

Par décision du 7 décembre 2004, également entrée en force, l'OAI VS a limité l'orientation professionnelle au 2 décembre 2004 (OAI VS pce 110).

E.c Enfin, dans un rapport du 9 décembre 2004, T._____, qui a suivi l'assuré à l._____, note que « l'attitude avec laquelle [l'assuré] a abordé [la] mesure [d'orientation] a été généralement très négative » et qu'il a été très difficile de l'aider dans une démarche de réinsertion professionnelle (OAI VS pce 112).

F.

F.a Par la suite, d'autres documents médicaux ont été versés au dossier:

- le rapport médical et l'annexe au rapport médical du 19 décembre 2004, établis par le Dr U._____, psychiatre traitant l'assuré depuis le 15 novembre 2004 (décision de l'OAI VS du 16 août 2004 [OAI VS pce 82]; voir aussi OAI VS pce 103), qui retient, comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, celui de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive et perturbation d'autres émotions, existant depuis juin 2002; le médecin conclut que si l'assuré était capable physiquement de trouver une activité adaptée ou de suivre une

réadaptation professionnelle, il n'y aurait pas vraiment de limitations à observer sur le plan psychique (OAI VS pces 114, 115);

- un fax du Dr C._____ du 3 février 2005, qui, en réponse à la demande de l'OAI VS d'établir un rapport médical, se réfère au rapport E 213 du 24 février 2004 (OAI VS pce 119);

- des certificats médicaux du Dr C._____, attestant d'une incapacité de travail de l'assuré de 100% dès le 3 décembre 2004 (du 3 décembre 2004, joint à un courrier de l'assuré à l'OAI VS du 16 décembre 2004 [OAI VS pce 113]; du 3 janvier 2005 [OAI VS pce 118]; du 3 février 2005 [OAI VS pce 120]).

F.b Se prononçant sur ces nouveaux documents, le Dr P._____, dans un premier temps, retient, dans son avis du 25 février 2005, les diagnostics de status après fracture du tibia gauche en juin 2002 et d'état dépressif de degré moyen. Il conclut qu'en l'absence d'aggravation psychique ou somatique figurant dans les rapports des Drs U._____ et C._____, les conclusions des expertises des Drs Q._____ et R._____ restent valables, la capacité de travail de 80% dans une activité adaptée étant toujours exigible. Il ajoute que l'interruption de la mesure à l._____ est due à l'attitude négative de l'assuré et non à une aggravation de son état de santé (OAI VS pce 121).

F.c En date du 1er mars 2005, l'OAI VS reçoit un courrier du Dr C._____ du 24 février 2005, adressé au Dr N._____, dans lequel le Dr C._____ retient en particulier le diagnostic de gonalgies persistantes sur status après fracture bitubérositaire du tibia proximal gauche. Il indique que sur le plan ostéo-articulaire, il est convaincu que la situation ne peut pas être améliorée de manière spectaculaire, et, pour le reste, que le stage de l'assuré à l._____ s'est soldé par un échec complet et que tant le Dr U._____ que S._____ lui ont demandé dans ce cadre de prononcer un arrêt de travail, le patient étant tout près de décompenser face à la problématique que lui posait cette tentative de reprise d'activité. Faisant état précisément d'une décompensation psychologique et d'une recrudescence massive des douleurs sous forme essentiellement de troubles somatoformes en tous genres présentés par l'assuré, il estime que cela mérite une évaluation complète de la part de l'assurance-invalidité, auprès

d'experts, et se réfère au surplus aux conclusions du rapport E 213 du 24 février 2004 (OAI VS pce 124).

F.d Suite à ce courrier, le Dr P._____, consulté à cet égard, conclut dans un second temps, dans son avis du 11 mars 2005, que l'opinion du Dr C._____ rend plausible une aggravation et qu'il convient de mandater le Dr R._____ pour une nouvelle évaluation psychiatrique (OAI VS pce 126).

Celui-ci a procédé à l'examen de l'assuré le 24 juin 2005 et rendu un rapport d'expertise daté du 28 juillet 2005 (OAI VS pce 130). Le Dr R._____ retient sur le plan psychiatrique, comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des troubles de l'humeur et un épisode dépressif sévère réactionnel à un sentiment de non prise en compte de son état physique, troubles présents depuis le 14 juin 2002. Sur le plan social, l'expert relève que l'assuré semble bien intégré. S'agissant de sa capacité de travail, le psychiatre juge que l'activité professionnelle de l'assuré est limitée par son état dépressif actuel de façon transitoire, la dépression ne devant pas être persistante, puisqu'elle dépend de la résolution du problème du genou, celle-ci étant susceptible d'améliorer la capacité de travail de l'assuré, de sorte qu'il pourra ensuite travailler selon un horaire normal, dans une activité adaptée, sans port de charges, en position assise, avec une mobilité réduite en position debout. Par contre l'incapacité serait totale dans l'ancienne activité de serrurier.

F.e Dans son avis subséquent, du 23 août 2005, le Dr P._____ relève que le Dr R._____ atteste une aggravation de l'état de santé de l'assuré avec un état dépressif grave réactionnel comprenant même des idées suicidaires, mais conclut que cette aggravation n'est que temporaire et n'est pas de nature à entraîner une incapacité de travail de longue durée, ce que l'expert admettrait également, étant donné le caractère réactionnel de ce trouble (OAI VS pce 134).

G.

G.a Le 5 janvier 2006, le Dr V._____, médecin responsable du service médical régional de l'assurance-invalidité p._____ (SMR) relève qu'un bilan rhumato-psychiatrique est indiqué pour réactualiser la situation sur le plan somatique et pour tirer au clair l'aspect

psychiatrique, et requiert une expertise pluridisciplinaire du Dr Q._____ et du Dr W._____, psychiatre (OAI VS pce 141).

G.b Dans son rapport du 7 mars 2006 (OAI VS pce 145), le Dr W._____, qui a examiné A._____ le 6 mars 2006, fait état des plaintes de l'assuré, consistant essentiellement en des douleurs du genou gauche, et pose le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Le psychiatre estime que le thymisme de l'assuré n'est pas franchement dépressif dans le sens d'un épisode majeur, qu'il faut reconnaître que l'assuré paraît sincère dans ses plaintes, mais que ces dernières se limitent à un état douloureux purement subjectif qu'il n'appartient plus au corps médical de juguler, les facteurs extra-médicaux, notamment le rôle des influences culturelles prédéterminées sur les représentations de la santé et de la maladie, prenant toute leur importance dans l'évolution défavorable. Le Dr W._____ conclut qu'il n'y a pas d'atteinte à la santé psychique entraînant une invalidité et qu'aucune incapacité de travail n'est reconnue sur le plan psychiatrique.

G.c Quant au Dr Q._____, il a examiné l'assuré le 22 février 2006. Dans son rapport du 10 mars 2006 (OAI VS pce 146), il note en particulier les plaintes de l'assuré, dont la situation serait inchangée depuis son premier rapport. Des radiographies du genou gauche, effectuées le 6 mars 2006, révèleraient une arthrose bicompartimentale modérée, une légère arthrose fémoro-patellaire à prédominance externe et un aspect un peu ostéopénique de la rotule. L'expert retient sur cette base, comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, celui de gonarthrose gauche tricompartimentale modérée avec très sévère syndrome algique.

Le Dr Q._____ conclut à une incapacité totale dans l'exercice de l'activité habituelle de serrurier, en raison de la gonarthrose, et à une capacité de travail entière, avec un horaire normal, dans une activité adaptée qui tient compte de la situation médicale de l'assuré, à savoir une activité essentiellement en position assise, sans port de charges de plus de 5 kg et seulement occasionnellement, excluant les travaux lourds et limitant le périmètre de marche à 5-10 minutes à plat. Il précise encore, se référant à l'opinion du Dr R._____ qui lie la reprise du travail à la « solution des problèmes du genou », que c'est parce qu'il a des problèmes de genou qu'une activité adaptée est proposée à l'assuré.

G.d Par courrier du 3 avril 2006 (OAI VS pce 150), l'assuré, par l'intermédiaire de son représentant d'alors, critique les rapports des experts, en particulier celui du Dr W._____, qui fonderait son argumentation sur des faits erronés et dont les conclusions seraient en totale contradiction avec l'expertise du Dr R._____. L'assuré requiert par conséquent une troisième expertise psychiatrique, de même qu'une nouvelle IRM, qu'il sollicite dans un courrier du 5 mai 2006 (OAI VS pce 159), afin de déterminer la présence d'une éventuelle maladie de Sudeck (OAI VS pces 158, 159).

H.
Dans un jugement du 10 octobre 2006, le Tribunal des assurances du canton du Valais a rejeté le recours du 17 août 2005 formé par A._____ contre la décision sur opposition de la CNA du 20 mai 2005, décision qui confirmait celle du 30 mars 2005 par laquelle la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 22% pour les séquelles organiques de l'accident et une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 15% (CNA pces 135, 138, 141).

I.

I.a Dans un avis du 22 octobre 2006, le Dr V._____, du SMR, reprenant les rapports d'expertise des Dr Q._____ et W._____ et le rapport du Dr X._____ remis par l'assuré, estime que l'IRM conseillée par ce dernier médecin doit être réalisée (mandat dans ce sens au Centre m._____), et déclare que sous réserve du résultat de cet examen, il peut souscrire aux conclusions des Drs Q._____ et W._____ et admettre que la capacité de travail est entière dans une activité adaptée (OAI VS pce 171).

I.b Sont par la suite versés au dossier:

- les résultats, datant du 17 novembre 2006, d'une IRM du genou gauche effectuée au Centre m._____ (OAI VS pce 177);

- les résultats, datant du 24 novembre 2006, d'un scanner de la partie proximale de la jambe gauche effectué au Centre m._____ (OAI VS pce 179);

- les résultats, datant du 30 novembre 2006, d'une scintigraphie osseuse triphasique effectuée au Centre m._____, dont il

ressort que le diagnostic le plus vraisemblable est une ostéomyélite chronique et qu'il serait souhaitable de faire un traitement d'épreuve aux antibiotiques (OAI VS pce 178).

I.c Dans son avis du 7 janvier 2007 (OAI VS pce 182), le Dr V._____ requiert l'avis complémentaire du Dr Q._____. Celui-ci, dans sa réponse du 7 février 2007 (OAI VS pce 190), note que les divers examens permettent d'exclure une algodystrophie, montrent des images de remaniement post-traumatique de l'os méta-épiphysaire, classiques après une fracture du plateau tibial, et confirment l'existence de lésions de chondrite et d'arthrose du genou. Il existerait en outre une zone hétérogène dans la métaphyse proximale du tibia, dont le diagnostic différentiel serait à faire entre séquelles de fracture, infarctus osseux et séquelle de l'éventuelle zone de prise de greffe osseuse. Le médecin conclut que ces examens n'apportent aucun argument lui permettant de s'écarter de son appréciation de mars 2006.

I.d Le 9 avril 2007, le Dr V._____ a rendu son rapport final. Se fondant notamment sur la réponse du Dr Q._____ du 7 février 2007, il y retient, comme diagnostic principal, celui de gonarthrose gauche tricompartimentale modérée avec très sévère syndrome algique, et conclut à une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle dès le 14 juin 2002 et à une pleine capacité dès le 27 avril 2004, date de la première expertise du Dr Q._____, dans l'exercice d'une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes: position de travail alternée, port de charges occasionnel de 20 kg au maximum, pas de travaux lourds, la marche étant limitée au périmètre d'un atelier petit à moyen, évitant le terrain irrégulier, les échelles et les échafaudages (OAI VS pce 194).

J.

J.a Se fondant sur la prise de position du SMR du 9 avril 2007 et sur l'évaluation de l'invalidité de l'assuré effectuée selon la méthode générale de comparaison des revenus (OAI VS pce 196), l'OAI VS, par son projet de décision du 17 avril 2007, a signifié à A._____ qu'il entendait lui allouer une rente entière d'invalidité dès le 1er juin 2003, limitée au 30 juin 2004, dans la mesure où au plus tard à partir du 27 avril 2004, son état de santé serait entièrement compatible avec l'exercice d'une activité lucrative adaptée, permettant l'alternance des

positions et n'exigeant ni port de charges de plus de 20 kg, ni travaux lourds, ni marche en terrain irrégulier, de sorte que sa perte de gain ne s'élèverait plus qu'à 17% (OAI VS pce 197).

J.b Par un second projet de décision, du 18 avril 2007, l'OAI VS a indiqué à l'assuré qu'il comptait rejeter sa demande de reclassement, au motif que son degré d'invalidité serait de 17% dès le 27 avril 2004, alors que le droit au reclassement existe si, compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque à gagner durable est de 20% au moins, et que les conditions subjectives à une réadaptation ne seraient en l'occurrence pas réalisées (OAI VS pce 202).

J.c Dans un courrier du 13 mai 2007 (OAI VS pce 207), A._____ a déclaré ne pas être d'accord avec les projets de décision de l'OAI VS. Sont notamment joints à ce courrier:

- un certificat médical du Dr C._____ du 26 avril 2005 qui note en particulier les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire gauche, d'algoneurodystrophie du genou gauche et d'état anxio-dépressif avec somatisation; il relève notamment une incapacité de travail en tout cas en position debout et la persistance des douleurs (OAI VS pce 207.1);

- des certificats médicaux du Dr C._____ du 24 juillet 2006 et du 23 avril 2007, attestant d'une incapacité de travail de l'assuré de 100% dès le 3 décembre 2004 (OAI VS pces 207.2, 207.3).

J.d Par écriture du 16 mai 2007 (OAI VS pce 210), A._____, par l'intermédiaire du représentant nouvellement chargé de la défense de ses intérêts (OAI VS pce 206), a contesté les projets de décisions de l'OAI VS, arguant notamment que les examens effectués par le Centre m._____ en novembre 2006 ont mis en évidence une ostéomyélite chronique, soit une aggravation de l'état de santé de l'assuré qui n'aurait pas été prise en considération à ce jour. Il ajoute que le projet de décision du 17 avril 2007 se fonde uniquement sur la problématique physique dont souffre l'assuré, et non sur les troubles psychiques dont on n'aurait pas tenu compte dans l'évaluation de l'invalidité, et requiert une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

Est joint à cette écriture en particulier un certificat médical du 15 mai 2007 du Dr Y._____, médecin interniste, spécialiste en rhumatologie (OAI VS pce 209).

J.e Par courrier du 25 juin 2007 (OAI VS pce 213), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a transmis à l'OAI VS une correspondance de A._____, à laquelle étaient joints en particulier:

- un certificat médical du Dr C._____ du 28 février 2007 qui ajoute aux diagnostics retenus dans son certificat du 26 avril 2005, ceux d'ablation quasi-totale du cartilage, d'infarctus osseux, d'ostéomyélite chronique, bien qu'il précise douter de ce diagnostic, de sclérose et de remaniement osseux lié (OAI VS pce 213.1);

- un certificat médical du Dr C._____ du 15 mai 2007, attestant d'une incapacité de travail de l'assuré de 100% dès le 3 décembre 2004, pour une durée indéterminée à ce jour (OAI VS pce 213.2).

K.

K.a Par décision du 29 juin 2007, notifiée par l'OAIE, ce dernier a confirmé le projet de décision de l'OAI VS du 17 avril 2007 et octroyé à A._____ une rente entière d'invalidité, correspondant à une perte de gain de 100%, pour la période du 1er juin 2003 au 30 juin 2004, le degré d'invalidité de l'assuré dès le 27 avril 2004 étant de 17% et n'atteignant plus, en conséquence, le minimum requis pour le maintien du droit à une rente au-delà du 30 juin 2004. L'administration précise, suite aux griefs soulevés par l'assuré en procédure d'audition, d'une part que les examens effectués les 17, 24 et 30 novembre 2006 ont bel et bien été pris en compte, puisqu'ils ont été évalués par le Dr Q._____ en date du 7 février 2007, le certificat médical du Dr Y._____ du 15 mai 2007 n'apportant de son côté aucun élément nouveau susceptible d'attester d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré; d'autre part, l'OAIE relève que les troubles psychiques ont également été retenus dans l'évaluation de l'invalidité, dans la mesure où, l'expertise du Dr R._____ du 24 juin 2005 ne permettant pas d'établir clairement la capacité résiduelle de travail de l'assuré, une expertise complémentaire a été requise par l'OAI VS auprès du Dr W._____, qui, dans son rapport du 7 mars 2006, a fait état d'une

pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique (OAI VS pces 212, 215).

K.b Par décision du 5 juillet 2007, également notifiée par l'OAIE, le second projet de décision de l'OAI VS, du 18 avril 2007, a lui aussi été confirmé et la demande de reclassement rejetée pour les motifs exposés dans ledit projet (OAI VS pce 216).

L.

L.a Par acte du 2 août 2007 (TAF C-5202/2007 pce 1), A._____, par l'intermédiaire de son représentant, a interjeté recours contre la décision du 29 juin 2007, concluant à ce qu'elle soit annulée, à ce que le recourant soit reconnu invalide à raison de 42% dès le 1er juillet 2004 et à ce qu'il lui soit alloué une rente correspondante; à titre préalable, l'assuré demande à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale. Il joint à son recours des pièces figurant d'ores et déjà aux dossiers de l'OAI VS et de la CNA.

Dans son mémoire de recours, l'assuré fait valoir que si les troubles physiques qui sont les siens ont bien été reconnus par l'Office AI, celui-ci n'a par contre aucunement tenu compte, dans la détermination de la capacité de travail résiduelle, de l'affection psychique dont il souffre, alors qu'il ressort des conclusions du Dr R._____ qu'il présente une dépression sévère. Le recourant soutient par ailleurs que son état psychique n'a cessé de se péjorer et a entraîné peu à peu une perte d'intégration sociale, en tant qu'il vit la plupart du temps reclus dans son appartement. En outre, l'on ne saurait exiger de sa part qu'il exerce une activité à hauteur de 100%, notamment dans la mesure où le Dr R._____ a indiqué qu'il n'était guère possible, pour le seul motif psychologique, qu'une activité supérieure à 80% soit exercée. Or, à cette incapacité psychologique s'ajouterait celle retenue par l'Office AI s'agissant des troubles à caractère purement physique.

A cet égard, le recourant critique l'abattement de 10% pour activité légère retenu par l'Office AI dans son évaluation du taux d'invalidité. Il avance dans un premier temps que, dans la mesure où ce taux de 10% n'a pas été motivé et qu'il n'est dès lors pas possible de constater que tous les critères ont été pris en considération, la décision querellée doit être annulée pour ce seul motif déjà. Dans un second temps, il relève que les limitations fonctionnelles retenues par l'Office

AI, qui sont l'un des critères pour déterminer l'abattement, sont importantes et entraînent des restrictions quant à ses possibilités d'exercer une activité pleine et entière; il rappelle en outre qu'il est titulaire d'une autorisation de séjour et qu'un abattement doit être opéré pour ce motif également. Sur cette base, le recourant estime qu'il se justifie à tout le moins d'opérer un abattement de 15%, de sorte que son degré d'invalidité serait de 22% pour la seule affection physique. A ce taux de 22% s'ajouterait 20% lié à l'incapacité psychique, soit un degré d'invalidité de 42% au total, à tout le moins, donnant droit à une rente.

L.b Dans un courrier du 6 août 2007 (TAF C-5202/2007 pce 2), le recourant conclut à une invalidité de 100% et à l'octroi d'une rente correspondante. Il rappelle qu'il a entrepris à l._____, pendant un court laps de temps, une activité conforme aux limitations posées par l'Office AI, qu'il est apparu après quelques jours qu'il ne pouvait plus poursuivre cette activité et qu'il a dû l'interrompre sur avis médical. Le recourant verse au dossier de nouveaux documents médicaux:

- deux rapports, des 29 mai et 12 juin 2007 du Dr Z._____, du service d'orthopédie et de traumatologie du Centre f._____;

- un courrier du Dr Y._____ du 27 juin 2007, adressé à la CNA, dans lequel le médecin se réfère au rapport du Dr Z._____ du 12 juin 2007 et déclare que le recourant présente une incapacité de gain, étant donné l'affection traumatique du membre inférieur gauche nécessitant des mesures qui puissent améliorer son état de santé;

- un courrier du Dr Y._____ du 29 juin 2007, dans lequel le médecin déclare que l'assuré a impérativement besoin d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain, et conclut qu'actuellement, la capacité de gain est nulle en circuit économique libre;

- un certificat médical du Dr b._____, psychiatre, du 26 juillet 2007, qui note en particulier une humeur dépressive avec dévalorisation, une anxiété face à l'avenir, un sentiment d'être seul et impuissant et une absence d'idées suicidaires; le médecin relève que le recourant présente les signes d'un épisode dépressif moyen et conclut que son incapacité de travail actuelle est de 100% dans l'activité qu'il

exerçait auparavant, une réadaptation à un travail selon ses possibilités étant nécessaire.

L.c Par courrier du 13 août 2007 (TAF C-5202/2007 pce 4), le recourant verse à nouveau des documents au dossier:

- une attestation du 25 janvier 2005 de l'administration communale de n._____ certifiant que l'assuré bénéficie d'une aide sociale dès décembre 2004, suivie d'une attestation du 16 août 2007 du service social du district de n._____ certifiant de même;

- une attestation de domicile de la Commune de n._____ du 21 décembre 2005, dont il ressort notamment que l'assuré est au bénéfice d'un permis L;

- un certificat médical du Dr C._____ du 17 juillet 2007, qui déclare que la décision récente et défavorable de l'assurance-invalidité a aggravé sévèrement l'état anxio-dépressif pour lequel l'assuré est en suivi médical, y compris spécialisé;

- une attestation du 7 août 2007 d'une amie du recourant, qui témoigne des douleurs qu'il ressent au genou et à la jambe gauche, et dit l'aider en particulier dans les courses et le ménage.

L.d Par courrier du 29 août 2007 (TAF C-5202/2007 pce 6), des documents ont été versés au dossier par le recourant, dont notamment:

- un rapport du 25 février 2005 du Dr N._____t, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui relève notamment une absence d'instabilité significative du genou gauche;

- un rapport du 9 juin 2005 du Dr K._____, qui certifie avoir effectué un dernier contrôle de l'assuré le 2 juin 2005 et fait état de diagnostics d'ores et déjà connus;

- un décompte d'aide sociale du 19 avril 2007;

- un courrier du Dr Y._____ du 13 juillet 2007, qui estime toujours que la capacité de gain de l'assuré est nulle en circuit économique libre, et propose une expertise neutre organisée par exemple chez

le Dr Q._____ et un complément d'expertise psychiatrique, avec le Dr b._____;

- un certificat médical du Dr C._____ du 20 août 2007 déclarant que l'incapacité de travail de A._____ est de 100% depuis le 3 décembre 2004, pour une durée indéterminée.

L.e Par acte du 4 septembre 2007 (TAF C-5883/2007 pce 1), A._____, par l'intermédiaire de son représentant, a interjeté recours contre la décision du 5 juillet 2007, concluant à ce qu'elle soit annulée et à ce que le recourant soit mis au bénéfice d'une mesure de reclassement; à titre préalable, l'assuré demande à bénéficier de l'assistance judiciaire totale. Il joint à son recours des pièces figurant d'ores et déjà aux dossiers de l'OAI VS et de la CNA.

S'agissant de la détermination de son degré d'invalidité, le recourant se réfère à la motivation de son recours du 2 août 2007 et à la rente fixée par la CNA à 22%, et soutient que l'ensemble des rapports médicaux versés en cause et les considérations de la CNA permettent d'affirmer que son degré d'invalidité est supérieur à 20%, de sorte que le droit à un reclassement ne peut lui être refusé pour ce motif.

M.
Par courrier du 25 octobre 2007 (TAF C-5883/2007 pce 3), deux nouveaux documents ont été versés au dossier par le recourant:

- un rapport du 13 septembre 2007 du Dr N._____, qui renvoie à un courrier qu'il avait adressé à la CNA le 8 juillet 2005 et dont les conclusions restent à son sens toujours valables; il relève que le recourant présente en tout état de cause des lésions post-traumatiques de son genou gauche;

- un courrier du Dr Y._____ du 18 octobre 2007 qui indique qu'actuellement, le recourant est très gêné par des douleurs lombaires irradiées au membre inférieur gauche, avec difficultés majeures pour la marche.

N.

N.a
Dans sa réponse, datée du 19 octobre 2007, au recours du 2 août 2007 (TAF C-5202/2007 pce 9), l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se rapportant au surplus aux prises de position de l'OAI VS des 13 et 27 septembre 2007, lesquels se réfèrent au rapport final du Dr V._____, du SMR, du 11 septembre 2007, et concluent également au rejet du recours. L'OAI VS estime ainsi que les rapports médicaux produits par le recourant ne sont pas susceptibles de modifier sa position. En effet, s'agissant de l'état de santé somatique, les pièces médicales produites viendraient confirmer les conclusions du rapport d'expertise du Dr Q._____; quant à l'état psychique de l'assuré, le rapport médical du Dr b._____ ne constituerait qu'une appréciation différente d'un tableau essentiellement identique à celui constaté par le Dr W._____ dans son expertise, laquelle remplirait toutes les conditions pour que lui soit reconnue pleine valeur probante.

Concernant l'abattement apporté au salaire statistique de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), l'OAI VS relève que les éléments soulevés par l'assuré (problèmes de santé, nationalité) ont tous été pris en compte dans la pondération de 10% retenue par l'Office AI dans les limites de son pouvoir d'appréciation, cette pondération s'avérant correcte compte tenu du fait que seules des activités pouvant être effectuées essentiellement en position assise et ne nécessitant ni travaux lourds, ni port de charges supérieures à 5 kg, ni marche prolongée, sont acceptables du point de vue médical, que le recourant dispose d'une autorisation de séjour et qu'il ne présente aucune limitation liée à l'âge ou aux années de service. L'OAI VS juge que l'on pourrait tout au plus admettre une pondération de 15%, ce qui n'induirait qu'un degré d'invalidité de 22%, taux insuffisant pour maintenir le droit à la rente.

Dans son rapport final du 11 septembre 2007, le Dr V._____ maintient les conclusions de son rapport final précédent, du 9 avril 2007, et, comme diagnostic principal, celui de gonarthrose gauche tricompartimentale modérée avec très sévère syndrome algique. Il note, comme diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail, la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, et retient les limitations fonctionnelles

suivantes: position de travail assise, port de charges occasionnel de 5 kg au maximum, pas de travaux lourds, la marche étant très limitée.

N.b Dans sa réponse, également datée du 19 octobre 2007, au recours du 4 septembre 2007 (TAF C-5883/2007 pce 4), l'OAIE a conclu là aussi au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se référant au surplus à la prise de position de l'OAI VS du 9 octobre 2007, lequel propose, au vu des arguments développés par le recourant, de ne rien ajouter à la motivation de la décision litigieuse et de conclure au rejet du recours.

O.
Par courriers des 3 et 5 décembre 2007, le recourant a versé aux dossiers trois nouveaux documents médicaux et précisé qu'il n'était pas opposé à ce qu'une expertise pluridisciplinaire par un service universitaire soit diligentée dans le cadre de cette affaire (TAF C-5202/2007 pces 11, 12; TAF C-5883/2007 pces 6, 7):

- un certificat médical du Dr C._____ du 19 novembre 2007 déclarant que l'incapacité de travail de A._____ est de 100% depuis le 3 décembre 2004, pour une durée indéterminée;

- un certificat médical du Dr b._____ du 21 novembre 2007 notant que l'état dépressif de l'assuré s'est péjoré depuis le rapport du 26 juillet 2007, que son incapacité de travail actuelle est de 100% et qu'une nouvelle expertise psychiatrique devrait être réalisée afin de pouvoir prendre une décision quant à son avenir;

- un rapport médical du Dr C._____ du 29 novembre 2007 qui estime que considérer que la situation actuelle représente un handicap n'atteignant même pas 20% est très en-deçà de la réalité; en outre, le médecin juge que la prise en charge tant psychologique que somatique de l'assuré n'a pas apporté d'amélioration notable de la situation, laquelle mériterait une expertise multidisciplinaire dans un service universitaire.

P.
Dans deux courriers du 20 décembre 2007, le représentant du recourant a informé le Tribunal administratif fédéral qu'il n'assurait plus la défense des intérêts de A._____ (TAF C-5202/2007 pce 15; TAF C-5883/2007 pce 10).

Q.
Par réplique du 31 janvier 2008 (TAF C-5202/2007 pce 17; TAF C-5883/2007 pce 12), Me Blaise Marmy a indiqué au Tribunal administratif fédéral qu'il représentait dorénavant le recourant. Par ailleurs, il a requis la jonction des causes C-5202/2007 et C-5883/2007, au motif que la détermination de la capacité résiduelle de travail de l'assuré conduira à la détermination du taux d'incapacité de gain, dont dépendra le droit à une rente et le droit à un reclassement professionnel, et a maintenu les conclusions formulées dans les mémoires de recours des 2 août et 4 septembre 2007, ajoutant que les troubles psychologiques, voire psychiatriques, dont souffre le recourant, provoquent une capacité résiduelle de travail nulle.

Dans sa réplique, le recourant fait notamment valoir une discordance entre le taux d'invalidité retenu par l'OAIE, à 17%, et celui reconnu par la CNA, à 22%, et déclare mal comprendre pourquoi l'OAIE retient un taux d'invalidité inférieur à celui de la CNA pour les mêmes séquelles physiques du même accident, en violation du principe de coordination entre les assureurs sociaux. Il relève également que le Tribunal des assurances du canton du Valais a retenu, dans son arrêt du 10 octobre 2006, que les gonalgies étaient expliquées par des troubles psychiques. Le recourant soutient encore qu'il est évident qu'il présente une incapacité psychologique à accepter la réalité de son nouvel état de santé physique et que ce déni est à ce point grave qu'il en devient invalidant. Il affirme par ailleurs que l'expertise du Dr W._____ ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels quant à la forme d'une expertise judiciaire, cet avis étant succinct et ayant surtout été requis dans la procédure diligentée par la CNA, à savoir sous l'angle exclusif de la loi sur l'assurance-accidents. Enfin, le recourant indique que l'avis du SMR du 11 septembre 2007 ne se prononce pas sur la gravité de l'épisode dépressif, notion pourtant déterminante en l'espèce.

R.
Par dupliques du 21 février 2008 (TAF C-5883/2007 pce 14) et du 20 mars 2008 (TAF C-5202/2007 pce 19), l'OAIE a conclu à nouveau au rejet des recours et à la confirmation des décisions attaquées, se référant à la prise de position de l'OAI VS du 13 février 2008 qui propose de ne rien ajouter à ses positions précédentes.

S.
Dans un courrier du 26 mars 2008, Me Marmy a retiré la requête d'assistance judiciaire formulée à l'occasion des recours des 2 août et 4 septembre 2007, o._____ SA l'ayant informé qu'elle prenait en charge les honoraires du précédent représentant et les siens (TAF C-5202/2007 pce 20; TAF C-5883/2007 pce 15).

T.
Par ordonnances du 8 août 2007 (TAF C-5202/2007 pce 3), puis du 18 juin 2010 (TAF C-5202/2007 pce 22; TAF C-5883/2007 pce 18), le Tribunal administratif fédéral a informé les parties de la composition et de la modification du collège de juges amenés à examiner la présente cause. Aucune demande de récusation n'a été présentée.

Droit :

1.

1.1

1.1.1 Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF.

1.1.2 En l'espèce, bien que l'OAI VS ait enregistré et examiné la demande de prestations déposée par A._____ en mai 2003, c'est l'OAIE qui a procédé à la notification des décisions litigieuses des 29 juin et 5 juillet 2007, estimant, dans une écriture du 13 septembre 2007 (TAF C-5202/2007 pce 8), qu'il était compétent dans la mesure notamment où le recourant était au bénéfice d'un permis pour étranger de courte durée (livret L) et que le chiffre marginal 1028 des Directives sur l'assujettissement aux assurances AVS et AI (DAA) précise « qu'un séjour longue durée ne suffit, en règle générale, pas pour créer un domicile lorsque des prescriptions de droit public [...] interdisent la réalisation de cette intention, [ce qui est] notamment le cas lorsque l'intéressé est au bénéfice d'une

autorisation de séjour de courte durée, dans certaines circonstances bien qu'il dispose d'une autorisation de travail de durée limitée ».

1.1.3 Aux termes de l'art. 55 al. 1 LAI, l'office AI compétent est, en règle générale, celui du canton dans lequel l'assuré est domicilié au moment où il exerce son droit aux prestations. Le Conseil fédéral a institué un office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (art. 56 LAI). Or, en application de l'art. 13 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1), entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et applicable à l'assurance-invalidité en vertu des art. 2 LPGA et 1 al. 1 LAI, le domicile d'une personne est déterminé à l'aune des art. 23 à 26 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC; RS 210). Il s'agit du lieu où une personne réside avec l'intention de s'y établir (art. 23 al. 1 CC), soit le lieu où se trouve le centre de ses intérêts personnels et professionnels.

1.1.4 Il ne fait pas de doute, à la lecture des actes du dossier, que le recourant, célibataire et sans enfant, a effectivement sa résidence en Suisse, où il s'est établi, s'est acquitté de ses obligations fiscales, où il a eu son lieu de travail et a développé des relations personnelles et sociales.

S'agissant de l'autorisation de séjour de courte durée (permis L CE/AELE) dont le recourant est titulaire et qui, du point de vue de l'OAIE, empêcherait la constitution d'un domicile, le Tribunal fédéral a indiqué, dans un arrêt 9C_914/2008 du 31 août 2009 consid. 6.1 (et les références citées), que si la notion de droit civil reprise en droit des assurances sociales, comme cela est le cas de l'art. 13 LPGA, pouvait certes s'interpréter différemment, et s'il avait déjà jugé, à cet égard, que la condition relative à la volonté d'une personne de s'établir durablement en un lieu n'était pas remplie lorsqu'il existait des empêchements de droit public, l'obtention d'une autorisation de séjour ou d'établissement de la part de la police des étrangers n'était toutefois pas un critère décisif pour déterminer si une personne s'était valablement constituée un domicile au sens du droit civil (ATF 125 V 76 consid. 2a; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 34/04 du 2 août 2005 consid. 3). La Haute Cour a en outre rappelé avoir clairement exclu les décisions de la police des étrangers de la liste des empêchements de droit public en admettant la constitution d'un domicile, et par conséquent l'assujettissement à

l'AVS, d'une personne sans activité lucrative qui contestait son affiliation d'office au motif qu'elle ne bénéficiait d'aucun permis de séjour.

On ne saurait dès lors, comme l'a fait l'OAIE, déduire du type d'autorisation de séjour dont est titulaire l'assuré que ce dernier n'a pas valablement constitué de domicile en Suisse, d'autant que ses actes, et en premier lieu son activité professionnelle en Suisse, démontrent de manière reconnaissable son intention de constituer un tel domicile. Le Tribunal de céans considère par conséquent que le recourant répond de manière suffisante aux exigences de la doctrine et de la jurisprudence pour qu'il lui soit reconnu le domicile en Suisse. L'OAI VS n'a d'ailleurs pas douté de sa compétence pour enregistrer et examiner la demande de prestations AI au moment où A._____ l'a présentée, compétence pourtant établie en fonction du domicile de l'assuré.

1.1.5 C'est donc à juste titre que cette demande a été instruite par l'OAI VS (art. 40 al. 1 let. a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité [RAI, RS 831.201]), qui, aux termes de l'art. 40 al. 3 RAI, aurait dû également édicter lui-même les décisions litigieuses. Toutefois, les décisions des offices AI territorialement incompétents – en l'occurrence l'OAIE – ne sont généralement pas nulles mais seulement annulables (arrêt du Tribunal fédéral I 232/03 du 22 janvier 2004 consid. 4.1 in Sozialversicherungsrecht [SVR] 2005 IV Nr 39; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2687/2006 du 27 août 2008 consid. 3.2); en effet, selon la jurisprudence, les principes d'économie de procédure permettent de renoncer en procédure de recours à l'annulation de la décision et au transfert à l'autorité qui serait compétente selon l'art. 40 RAI lorsque l'exception d'incompétence n'est pas soulevée par les parties et que la chose est en état d'être jugée (arrêt du Tribunal fédéral I 8/02 du 16 juillet 2002 consid. 2.4 en relation avec consid. 1.1, arrêt précité I 232/03 consid. 4.2.1). Ces conditions étant remplies dans le cas particulier, il n'y a pas lieu d'annuler la décision pour ce motif.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA

dans la mesure où la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1*a* à 26bis et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

En outre, déposés en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), les recours sont recevables.

2.
Les recours des 2 août et 4 septembre 2007 ont été formés par le même assuré contre deux décisions émanant de la même autorité et reposant sur un même état de faits. Ces recours soulèvent dans une large mesure des griefs identiques et portent sur des questions de droit communes, en particulier dans la mesure où la détermination du taux d'invalidité de l'assuré servira à établir tant le droit à une rente que le droit à un reclassement professionnel. Il se justifie par conséquent, en vertu du principe de l'économie de la procédure et ainsi que l'a requis le recourant, de joindre les causes et de statuer par un seul arrêt (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, Les actes administratifs et leur contrôle, 2e éd., Berne 2002, para 2.2.4.7).

3.
S'agissant du droit matériel applicable, il convient de préciser qu'à partir du 1er janvier 2004, la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4e révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Lors de l'examen d'un éventuel droit à une prestation de l'assurance-invalidité né avant l'entrée en vigueur au 1er janvier 2003 de la LPGA, il y a lieu de se référer aux principes généraux en matière de droit intertemporel selon lesquels sont en règle générale déterminantes les dispositions légales en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui a des conséquences juridiques. Par conséquent, le droit à une prestation s'examine pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 à la lumière des

anciennes normes et, à partir de ce moment-là, des nouvelles. En outre, les décisions litigieuses datant du 29 juin 2007 et du 5 juillet 2007 et marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2), les modifications introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération. Les dispositions de la LAI et de son ordonnance d'exécution seront donc citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

4.

4.1 Le recourant se plaint notamment d'un défaut de motivation des décisions litigieuses, faisant valoir que l'abattement de 10% consenti par l'Office AI sur le revenu d'invalide de l'assuré dans l'évaluation du taux d'invalidité n'a aucunement été expliqué, de sorte qu'il ne serait pas possible de savoir quels ont été les critères pris en compte par l'administration dans la détermination de cet abattement. Ceci revient à invoquer une violation du droit d'être entendu. Or, en raison du caractère formel de ce droit – dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (ANDREAS AUER/GIORGIO MALINVERNI/MICHEL HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, Les droits fondamentaux, 2e éd., Berne 2006, n. 1346; ATF 134 V 97) –, il convient d'examiner ce grief en premier lieu.

4.2 Le droit d'être entendu, inscrit à l'art. 29 al. 2 de la constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101), comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et le droit de se faire représenter ou assister (ANDRÉ GRISEL, Traité de droit administratif, Neuchâtel 1984, vol. I et II, p. 380 ss et 840 ss). Le droit d'être entendu est consacré, en procédure administrative fédérale, par les art. 26 à 28 PA (droit de consulter les pièces), les art. 29 à 33 PA (droit d'être entendu stricto sensu) et l'art. 35 PA (droit d'obtenir une décision motivée), ainsi qu'en matière d'assurance sociale aux art. 42 LPGA (droit d'être entendu) et 52 al. 2 LPGA (motivation des décisions sur opposition). S'agissant plus particulièrement du devoir pour l'autorité de motiver sa décision, le but est que le destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'autorité de

recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 126 I 97 consid. 2b, ATF 124 V 180 consid. 1a, ATF 123 I 31 consid. 2c). Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuves et griefs invoqués par les parties. Elle peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus comme pertinents (ATF 126 I 97 consid. 2b, ATF 121 I 54 consid. 2c).

4.3 Les décisions litigieuses des 29 juin et 5 juillet 2007, de même que les projets des 17 et 18 avril 2007 précédents ces décisions et le formulaire « Evaluation du taux d'invalidité », que l'Office AI a joint aux décisions attaquées, ne donnent effectivement pas d'explication relative à la déduction de 10% retenue par l'administration sur le revenu d'invalide, bien que, pour autant, on ne puisse reprocher à la décision du 29 juin 2007 notamment, à l'argumentation de laquelle se réfère la décision du 5 juillet 2007, une motivation sommaire, dans la mesure où celle-ci s'applique, sur plusieurs pages, à répondre aux différents griefs soulevés par l'assuré en procédure d'audition (écriture du 16 mai 2007), ainsi que l'exige l'art. 74 RAI. Or il sied de relever à cet égard qu'aucun de ces griefs ne concernait l'abattement de 10% du revenu d'invalide, alors que l'évaluation du taux d'invalidité faisant mention de cet abattement avait déjà été annexée aux projets de décision des 17 et 18 avril 2007.

Cela étant, il apparaît que l'Office AI n'a pas exposé les raisons qui l'ont conduit à accorder une réduction de 10% du salaire ressortant des statistiques, en particulier les facteurs dont elle a tenu compte dans son appréciation globale. Ce faisant, il n'a pas satisfait à l'obligation de motiver sa décision, telle qu'elle découle de l'art. 29 al. 2 Cst. et de la jurisprudence (ATF 126 V 75 consid. 5b/dd).

Toutefois, il convient de relever qu'en l'espèce, le recourant a eu la possibilité de s'exprimer au sujet de l'abattement de 10% auquel a procédé l'Office AI, puisque, dans sa réponse du 19 octobre 2007 au recours du 2 août 2007, ce dernier a expliqué les raisons l'ayant conduit à retenir un tel abattement, réponse transmise ensuite à l'assuré, lequel n'a néanmoins plus fait d'observations à cet égard, notamment dans sa réplique du 31 janvier 2008. Or, selon la

jurisprudence, la violation du droit d'être entendu, pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, peut être considérée comme réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 129 I 129 et les références citées; ULRICH HÄFELIN/GEORG MÜLLER/FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5e éd., Zurich/Bâle/Genève 2006, n. 1711; ANDREAS AUER/GIORGIO MALINVERNI/MICHEL HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, Les droits fondamentaux, 2e éd., Berne 2006, n. 1347 ss). Certes, la réduction des salaires ressortant des statistiques relève en premier lieu de l'Office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation; en conséquence, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration et doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêt du Tribunal fédéral I 133/07 du 21 janvier 2008 consid. 2.3 et les références citées). Toutefois, le Tribunal fédéral a également indiqué qu'en l'absence de motivation de la part de l'Office AI, les juges ne sont pas liés par l'abattement retenu par l'administration dans la décision attaquée et peuvent procéder à leur propre appréciation de la situation (arrêt du Tribunal fédéral I 133/07 du 21 janvier 2008 consid. 2.3; ATF 126 V 75 consid. 5b/dd).

Enfin, il sied de noter au surplus qu'un renvoi de la cause à l'instance inférieure pour des motifs d'ordre formel peut être exclu, par économie de procédure, même en cas de violation grave du droit d'être entendu, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est pas, notamment, dans l'intérêt de l'assuré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6355/2009 consid. 4.3.1 du 4 mars 2010). Il y a lieu dès lors de considérer que le vice invoqué est réparé en l'espèce et de renoncer au renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure en raison de ce vice.

5.
Le litige au fond porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

6.
Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, le recourant doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et

- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant une année au moins (art. 36 al. 1 LAI).

En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations.

7.

7.1 Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

7.2 Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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.

7.3 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la let. a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la let. b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 121 V 264, ATF 111 V 21 consid. 2b). Le délai d'attente selon

l'art. 29 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI] de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], dans sa version valable dès le 1er janvier 2004; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 2/1998 p. 126 consid. 3c).

7.4 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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Jusqu'au 31 décembre 2003, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66,67%, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40%.

8.

8.1 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y pas lieu de poser des exigences excessives quant aux possibilités des assurés de trouver un emploi correspondant aux activités de substitution proposées. Il suffit en principe qu'une telle place de travail n'apparaisse pas à toute évidence comme exclue (arrêts du Tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C_236/2008 du 4 août 2008).

8.2 Il y a lieu de relever encore que la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux

d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c; Revue à l'attention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 329 consid. 1c).

9.

9.1 Conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.3). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés et applique le droit d'office. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a).

L'art. 69 RAI prescrit à cet égard que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. En outre, afin que soient vérifiées les conditions médicales du droit aux prestations, l'Office AI soumet les pièces nécessaires au service médical régional compétent (art. 69 al. 4 et art. 49 al. 1 RAI), lequel remet à l'Office AI un rapport écrit. Un tel rapport ne constitue pas un examen médical sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, mais un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. Il ne se fonde pas sur des examens médicaux effectués par le service médical régional

lui-même, bien que l'art. 49 al. 2 RAI prévoie de tels examens au besoin, mais contient les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ce rapport a de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA. Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, si, en examinant une demande de prestations (art. 43 LPGA), notamment en requérant l'avis du service médical régional, l'Office AI estime que les faits sont suffisamment élucidés, il n'a pas l'obligation de requérir des informations complémentaires, de recourir aux services d'un expert (art. 44 LPGA) ou de soumettre l'assuré à l'examen du service médical régional. Par contre, une expertise doit être mise en oeuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas.

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire. Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; PIERRE MOOR, op. cit., vol. II, ch. 2.2.6.5).

9.2 Il sied toutefois de préciser que les parties, particulièrement dans le domaine des assurances sociales, ont le devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire, ce qui les oblige à apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Ainsi, s'il appartient à l'autorité d'établir elle-même les faits pertinents dans

la mesure où l'exige la correcte application de la loi, c'est avec le concours des parties intéressées qu'elle s'y emploie, celles-ci ayant l'obligation d'apporter toute preuve utile ou du moins tout élément de preuve propre à fonder ses allégations (art. 13 et art. 19 PA en relation avec art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [PCF, RS 273]; ATF 117 V 261, ATF 116 V 23, ATF 115 V 133 consid. 8a et les références citées, ATF 114 Ia 114 p. 127).

9.3 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2e éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n° 10 p. 28).

10.

10.1 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. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

10.2 Le juge des assurances sociales, quant à lui, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le

rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées).

10.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (arrêts du Tribunal fédéral 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 et les références citées et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, ATF 123 V 175 consid. 3d, ATF 122 V 157 consid. 1d). Le simple fait qu'un avis médical divergent

– même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

11.
En l'espèce, l'Office AI a considéré, par sa décision du 29 juin 2007, que si l'incapacité de travail de A._____ était totale dans son activité habituelle de serrurier en construction métallique, ainsi que dans une activité adaptée, dès le 14 juin 2002, date de l'accident professionnel dont il a été victime, il n'y avait ensuite, à partir du 27 avril 2004, aucune atteinte à la santé physique, mentale ou psychique invalidante susceptible de justifier une quelconque incapacité de travail de l'assuré dans toute activité adaptée à son état de santé.

Le recourant conteste cette amélioration de sa capacité de travail et conclut à une invalidité de 100%, même au-delà du 27 avril 2004.

11.1 Il est établi que le recourant souffre essentiellement d'une gonarthrose gauche tricompartimentale modérée avec un syndrome algique très sévère. Il est également fait état de troubles au niveau psychiatrique.

Faute d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail pertinente pour la détermination du début du droit à la rente.

11.2

11.2.1 Au niveau somatique, nombreux sont les documents médicaux versés en cause et s'exprimant sur la capacité de travail de l'assuré. S'agissant des événements médicaux survenus depuis l'accident du 14 juin 2002, des diagnostics et des traitements subis, il appert qu'il n'existe pas ou peu de controverses parmi les médecins consultés.

11.2.1.1 Ainsi, il ressort des éléments au dossier que le recourant a été victime, le 14 juin 2002, d'un accident du travail ayant provoqué une fracture bitubérositaire du plateau tibial avec déchirure en anse de

sceau du ménisque externe du genou gauche. Il a subi le 24 juin 2002 une réduction sanglante et une ostéosynthèse du plateau tibial gauche, ainsi qu'une auto-greffe spongieuse du plateau tibial externe gauche et une résection du ménisque externe gauche, dont l'évolution a été qualifiée de normale et favorable, aux dires du Dr C._____, médecin traitant de l'assuré, dans un rapport du 27 août 2002. Puis a eu lieu, le 2 septembre 2002, un débridement et une fermeture secondaire de la plaie, en raison d'une déhiscence de plaie, dont l'évolution a là aussi été favorable, selon un rapport du 19 novembre 2002 notamment, établi par le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique ayant traité l'assuré pour la déhiscence de plaie. A suivi un séjour à la Clinique j._____, du 14 janvier au 19 février 2003, pour une rééducation intensive et pour y soigner en particulier une algoneurodystrophie, dont le retrait a été observé dès septembre 2003 (rapport du Dr K._____, du service de chirurgie orthopédique et de réadaptation physique du Centre k._____ du 1er septembre 2003). Le rapport de la Clinique j._____ du 28 février 2003 relève notamment qu'à la fin du séjour, le recourant marche toujours avec deux cannes, la mobilité active en flexion-extension s'étant quelque peu améliorée, ce que note également le Dr D._____ dans un document du 13 mars 2003. Dès mars 2003, l'assuré est pris en charge au Centre k._____ pour y poursuivre un traitement de physiothérapie. Le 16 septembre 2003, il a été procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et, le 20 janvier 2004, à un débridement arthroscopique confirmant une lésion méniscale externe déjà connue ainsi qu'une ancienne rupture du ligament croisé antérieur avec une stabilité clinique satisfaisante du genou, et révélant une chondrite.

Il résulte des rapports des médecins, en particulier de celui du 28 avril 2004 du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et expert, qu'au terme de ces divers traitements, les résultats sont bons, dans le sens d'une consolidation achevée des fractures, d'une excellente reconstruction et d'une cicatrisation des lésions cutanées, ainsi que d'un traitement de l'algodystrophie de Sudeck lege artis (voir également les rapports du Dr F._____ du 12 novembre 2002, du Dr G._____ du 26 novembre 2002, du Dr M._____ du 18 juin 2003 et du Dr K._____ du 1er septembre 2003). Il est toutefois également observé que le recourant marche toujours avec deux cannes, à tout le moins à l'extérieur, la démarche sans cannes étant très hésitante et avec une boiterie de décharge, et continue de

se plaindre de douleurs au genou gauche (rapport E 213 du Dr C._____ du 24 février 2004, rapport du Dr G._____ du 5 mars 2004). Dès mars 2004, une arthrose post-traumatique tricompartimentale modérée du genou gauche est diagnostiquée (résultats d'examens du 5 mars 2004 du Dr O._____), trouble dégénératif que les médecins avaient pronostiqué au vu des blessures de l'assuré (rapport du Dr D._____ du 4 novembre 2002, rapports du Dr L._____ des 8 juillet et 13 octobre 2003), accompagnée d'un très sévère syndrome algique (rapport du Dr Q._____ du 10 mars 2006), avec gonalgies persistantes (courrier du Dr C._____ du 24 février 2005).

A cet égard, des investigations complémentaires ont été menées en novembre 2006 auprès du Centre m._____, à la demande du recourant, par une série d'examens ordonnés par le Dr V._____, médecin responsable du SMR (rapports du Dr X._____ du 27 mars 2006 et du Dr V._____ du 22 octobre 2006), dont il ressort qu'il existe une lésion hétérogène au niveau de l'extrémité proximale du tibia, qui ne correspondrait pas cependant à une maladie de Sudeck, et dont le diagnostic différentiel serait à faire entre séquelles de fracture, infarctus osseux, remaniement osseux ou encore séquelle de l'éventuelle zone de prise de greffe osseuse, une ostéomyélite ne pouvant pas être exclue (résultats des examens des 17, 24 et 30 novembre 2006, réponse du Dr Q._____ du 7 février 2007). S'agissant de ce dernier diagnostic, il convient de noter, alors que le recourant en déduit une aggravation de son état de santé, qu'aucun des médecins s'étant prononcé à ce sujet n'a pu l'établir avec certitude: le Dr Q._____, consulté à ce propos, ne retient pas l'ostéomyélite parmi les diagnostics qu'il mentionne dans sa réponse du 7 février 2007, tandis que le Dr C._____, dans son certificat médical du 28 février 2007, exprime ses doutes quant à un tel diagnostic, le Dr Y._____, médecin interniste, spécialiste en rhumatologie et médecin traitant de l'assuré, se contentant pour sa part, dans son rapport du 15 mai 2007, de suspecter l'ostéomyélite, alors que le Dr Z._____, du service d'orthopédie et de traumatologie du Centre f._____, indique, après examen de l'assuré le 12 juin 2007, que les résultats biologiques parlent en défaveur d'une infection.

11.2.1.2 Dès lors, il apparaît établi, pour l'autorité de céans, que le recourant souffre en définitive, au niveau somatique, une fois terminés

les interventions et soins nécessaires au traitement des suites de l'accident du 14 juin 2002, d'une gonarthrose gauche tricompartimentale modérée avec très sévère syndrome algique, ainsi que l'a retenu en particulier le Dr V._____, dans ses rapports finaux des 9 avril et 11 septembre 2007. Les somaticiens observent par ailleurs, sur un plan objectif, une motricité conservée dans tous les compartiments musculaires du membre inférieur gauche et un genou gauche bien mobile, stable et correctement axé, signes d'une amélioration certaine de l'état de santé physique de l'assuré depuis les blessures survenues le 14 juin 2002, bien que, notamment, la marche se fasse toujours avec deux cannes et que le recourant se plaigne de douleurs au genou gauche, ce qu'au vu des rapports versés au dossier, aucun médecin somaticien ne parvient à expliquer, le Dr Q._____ relevant clairement une discordance entre les constatations cliniques et radiologiques et les plaintes du patient, et le caractère inexplicable des douleurs ressenties dans la pratique habituelle d'une gonarthrose modérée (rapports du 28 avril 2004 et du 10 mars 2006). La poursuite du traitement thérapeutique conservateur par l'administration d'une médication antalgique/anti-inflammatoire et par des mesures telles que la physiothérapie est conseillée, une solution chirurgicale étant inappropriée de l'avis des médecins (rapport E 213 du Dr C._____ du 24 février 2004, rapport du Dr Q._____ du 10 mars 2006, rapport du Dr Z._____ du 12 juin 2007).

Enfin, dans un courrier du 18 octobre 2007, le Dr Y._____ indique que le recourant est actuellement très gêné par des douleurs lombaires irradiées au membre inférieur gauche, avec difficultés majeures pour la marche, indice d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré. Toutefois, ce document étant postérieur aux décisions contestées, il n'est pris en considération que dans la mesure où il concerne la période soumise à l'examen du Tribunal de céans, la décision litigieuse, ou, comme en l'espèce, les décisions litigieuses, qui datent du 29 juin et du 5 juillet 2007, marquant la limite dans le temps de cette période. Or, tel n'est pas le cas de ce courrier du Dr Y._____ qui relate manifestement l'état de santé de l'assuré au moment où il est rédigé, de sorte qu'il n'en sera pas tenu compte en la présente cause.

11.2.2 S'agissant de l'influence de la pathologie décrite sur la capacité de travail du recourant, le Dr V._____, du SMR, a estimé, dans son

rapport final du 9 avril 2007 – sur lequel s'est notamment fondé l'Office AI pour rendre les décisions litigieuses –, confirmé par son rapport final du 11 septembre 2007 établi en procédure de recours, que A._____ présentait une incapacité de travail de 100% dès le 14 juin 2002, puis, dès le 27 avril 2004, une pleine capacité dans l'exercice d'une activité adaptée à son état de santé, tenant compte de limitations fonctionnelles.

11.2.2.1 Au vu des rapports médicaux versés au dossier, l'autorité de céans ne voit pas de raisons de ne pas suivre les conclusions du Dr V._____ quant à l'incapacité de travail totale de l'assuré pour la période allant du 14 juin 2002, jour de l'accident professionnel dont il a été victime, jusqu'au 27 avril 2004, dans la mesure où aucun des avis des médecins somaticiens consultés ne vient remettre en cause ces conclusions, que ne conteste pas, d'ailleurs, le recourant. Cette période coïncide en outre avec celle des traitements, en particulier chirurgicaux, reçus par l'assuré afin de soigner les suites de son accident, période pendant laquelle la reprise d'une activité professionnelle n'était manifestement pas exigible.

Ainsi, le Dr B._____, du service d'orthopédie et de traumatologie du Centre f._____, qui, dans son rapport du 8 août 2002, relate les blessures dont a été victime l'assuré suite à l'accident du 14 juin 2002 et les soins prodigués le 24 juin 2002, fait état d'une incapacité de travail de 100% dès le 14 juin 2002. Puis, dans un rapport du 4 novembre 2002, le Dr D._____, qui a traité l'assuré au début du mois de septembre 2002 pour la déhiscence de plaie, indique, tout en notant que la plaie est en voie de guérison, que la reprise du travail n'est pas possible et ce, pour une durée indéterminée. Le rapport de la Clinique j._____ du 28 février 2003, établi suite au séjour de l'assuré du 14 janvier au 19 février 2003, conclut pour sa part que la situation médicale n'est pas encore stabilisée, la poursuite de la physiothérapie étant nécessaire, et que la capacité de travail est nulle, une réévaluation devant être faite au mois de mai 2003. Le Dr L._____, du service d'orthopédie et de traumatologie du Centre f._____, qui procédera ultérieurement à l'AMO, indique, dans un rapport du 31 mars 2003, que l'assuré est en arrêt de travail à 100% depuis son accident et, tout comme la Clinique j._____, conclut, dans son rapport suivant du 8 mai 2003, que la possibilité d'une reprise du travail doit être réévaluée. Dans deux documents des 3 et 16 juin 2003, le Dr C._____ confirme que A._____ est en arrêt de

travail longue durée, le traitement n'étant pas terminé et des interventions chirurgicales étant encore à effectuer, et qu'il est impossible pour l'assuré de reprendre le travail pour l'instant, point qu'il précise encore dans un rapport médical et une annexe au rapport médical du 8 septembre 2003, estimant toujours que l'incapacité de travail de l'assuré est de 100% et qu'une évaluation en convalescence après les interventions prévues à l'automne 2003, notamment l'AMO, devrait permettre de mieux apprécier la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Entre-temps, le 18 août 2003, le Dr D._____, dans un rapport médical et une annexe au rapport médical, retient lui aussi une incapacité de travail de 100% dès le 14 juin 2002 et un état stationnaire, et, bien qu'il note que des mesures professionnelles seraient opportunes, indique qu'il est trop tôt pour se prononcer sur les activités exigibles de l'assuré. Il est suivi à cet égard par le Dr L._____, dans un rapport du 13 octobre 2003 établi après l'AMO du 16 septembre 2003 et dans un courrier du 5 novembre 2003. Le 20 janvier 2004, le recourant subit une dernière intervention, soit une arthroscopie du genou gauche, qui confirme une lésion méniscale externe déjà connue ainsi qu'une ancienne rupture du ligament croisé antérieur avec une stabilité clinique satisfaisante du genou, et révèle une chondrite.

11.2.2.2 Or, il s'avère, à la lecture du formulaire E 213, que le Dr C._____ a rempli à l'intention de la sécurité sociale portugaise, que déjà à la fin du mois de février 2004, la situation somatique de l'assuré s'est stabilisée, les traitements, excepté la physiothérapie, étant terminés et l'état de santé physique ne pouvant plus être amélioré, mis à part par une meilleure gestion des douleurs avec le temps au moyen de la médication antalgique, tout ayant été fait, de l'avis du Dr C._____. Ce dernier nuance ainsi, dans le formulaire E 213 du 24 février 2004, ses conclusions précédentes quant à l'incapacité de travail du recourant, et estime que si la gêne fonctionnelle et douloureuse du membre inférieur gauche que ressent l'assuré rend illusoire une activité comme son activité antérieure, l'invalidité étant à son sens totale dans cette activité, l'assuré demeure capable d'exercer de façon régulière, probablement à plein temps, une activité légère adaptée aux limitations fonctionnelles telles que la nécessité d'avoir une position de travail assise, d'éviter les longs déplacements, les travaux lourds, l'exposition à l'humidité, au froid et à la chaleur, et les ports de charges de plus de 5 kg. Il est suivi dans ses conclusions par le Dr G._____, médecin d'arrondissement de la

CNA, qui conclut également, dans son rapport d'examen médical final du 5 mars 2004, que d'un point de vue somatique, rien ne devrait empêcher l'assuré de travailler en plein dans une activité légère, sédentaire et autorisant des positions alternées.

L'autorité de céans constate néanmoins, ainsi que l'a relevé à juste titre, dans son avis du 2 avril 2004, le Dr P._____, premier médecin de l'assurance-invalidité à avoir été consulté, que si les deux rapports médicaux susmentionnés font clairement état d'une amélioration de la capacité de travail de l'assuré, ils ne permettent pas cependant de déterminer précisément à quel taux pourrait s'exercer une activité adaptée, le Dr C._____ affirmant que le recourant est capable d'exercer une telle activité de façon régulière, « probablement » à plein temps, et les conclusions du Dr G._____ restant au conditionnel.

C'est dès lors à raison que le Dr P._____ a requis une expertise du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel, après avoir examiné l'assuré le 27 avril 2004, a rendu un rapport d'expertise le 28 avril 2004.

11.2.2.3 Au regard des lignes directrices posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral en ce qui concerne la manière d'apprécier expertises et rapports médicaux, ainsi que des exigences quant au contenu de ces rapports et expertises (voir consid. 10.2 et 10.3), l'autorité de céans estime que le rapport du Dr Q._____ est complet, motivé et cohérent. Il contient ainsi, outre un résumé du dossier dont l'assuré a confirmé l'exactitude, une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle, note les plaintes du recourant et rapporte les résultats des examens clinique, locomoteur et neurologique auxquels a procédé l'expert; il se fonde en outre sur l'étude du dossier radiologique. Enfin, l'appréciation du cas est claire et méthodique, de même que sont claires, motivées et convaincantes les conclusions du Dr Q._____, de sorte qu'il convient de leur donner préséance, d'autant plus qu'elles sont entièrement confirmées dans le rapport d'expertise ultérieur établi à nouveau par le Dr Q._____ le 10 mars 2006, puis dans sa réponse au Dr V._____, du 7 février 2007.

Ainsi, le Dr Q._____ constate, après examen de l'assuré, que les traitements administrés ont été bien menés, que les résultats sont objectivement bons et que les plaintes de l'assuré ne sont pas

explicables par rapport aux constatations objectives. Il conclut donc qu'en raison de l'arthrose du genou, il existe des limitations fonctionnelles, qui ont pour conséquence une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité du recourant, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée, s'effectuant essentiellement en position assise, avec de la marche de façon limitée, sans travaux lourds et sans port de charges.

Dans son second rapport d'expertise, du 10 mars 2006, requis par le Dr V._____ pour réactualiser la situation sur le plan somatique, et que l'autorité de céans estime aussi complet, motivé et cohérent que le premier rapport, qu'il ne contredit d'ailleurs pas, le Dr Q._____ fait les mêmes observations et retient les mêmes conclusions qu'en 2004, soit une incapacité totale dans l'exercice de l'activité habituelle et une capacité de travail entière, avec un horaire normal, dans une activité adaptée, à savoir essentiellement en position assise, sans port de charges de plus de 5 kg et seulement occasionnellement, excluant les travaux lourds et limitant le périmètre de marche à 5-10 minutes à plat, et ce, en raison des problèmes de genou de l'assuré.

Enfin, consulté une dernière fois par le Dr V._____ suite aux examens du genou effectués en novembre 2006 au Centre m._____, le Dr Q._____, dans sa réponse du 7 février 2007, confirme à nouveau ses conclusions précédentes, les résultats de ces examens n'apportant à son sens aucun argument qui irait à l'encontre de son appréciation de mars 2006.

11.2.2.4 Or, outre qu'aucun des autres rapports médicaux versés au dossier n'est aussi détaillé, motivé et cohérent que les rapports d'expertise du Dr Q._____, il appert que mis à part les avis du Dr Y._____ et, pour certains, ceux du Dr C._____, aucune des prises de position des autres médecins qui se sont prononcés sur la capacité de travail, et parmi ceux-ci, nombre de médecins traitants du recourant, ne vient, au niveau somatique, remettre en cause les conclusions de l'expert.

Déjà avant la première expertise du Dr Q._____ en avril 2004, les médecins, tout en concluant à une incapacité de travail totale pour l'instant, laissaient entendre que l'assuré pourrait certainement exercer par la suite une activité légère. Ainsi, dans un rapport du 4 novembre 2002, le Dr D._____ déclare qu'il faudra probablement

procurer à l'assuré un travail approprié, et le 18 août 2003, que bien qu'il soit alors trop tôt pour se prononcer à cet égard, les activités exigibles de l'assuré devront probablement présenter un caractère sédentaire.

Le Dr G._____, pour sa part, indique dans un rapport du 26 novembre 2002 que la reprise d'une activité lourde semble de toute manière compromise, et ajoute, dans son rapport d'examen final du 5 mars 2004 susmentionné, que du point de vue somatique, l'assuré pourrait travailler en plein dans une activité légère, sédentaire et autorisant des positions alternées.

Quant au Dr C._____, il conclut, dans son rapport du 8 septembre 2003, que l'incapacité de travail est définitive et de 100% dès le 14 juin 2002 dans une activité lourde, sollicitant constamment ou fréquemment le membre inférieur gauche de l'assuré, mais que le recyclage dans une activité légère, en position alternée, évitant les longs déplacement ou les longues périodes en station debout, sans port de charges de plus de 5 kg ou le moins souvent possible, sans travaux lourds, ni exposition à l'humidité et au froid serait indispensable. Position qu'il confirme dans le formulaire E 213 du 24 février 2004 d'ores et déjà examiné, dans lequel il retient, en raison de la gêne fonctionnelle et douloureuse du membre inférieur gauche, une incapacité totale dans la dernière activité ou une activité similaire et une capacité probablement à plein temps dans une activité légère adaptée aux limitations fonctionnelles, et par son fax du 3 février 2005, transmis en réponse à la demande de l'Office AI d'établir un nouveau rapport médical et dans lequel le Dr C._____ se contente de renvoyer au formulaire E 213 et à ses conclusions. Puis, dans un courrier du 24 février 2005, adressé au Dr N._____, le Dr C._____, tout en faisant état d'une décompensation psychologique et de troubles somatoformes en tous genres qui mériteraient une évaluation de la part de l'assurance-invalidité, se réfère une fois encore aux conclusions du rapport E 213, maintenant implicitement son appréciation quant à la capacité de travail de l'assuré, d'un point de vue physique à tout le moins. Par la suite, dans un certificat du 26 avril 2005, ce médecin relève encore, toutefois sans plus de précision, une incapacité de travail en tout cas en position debout. Certes, dans un dernier rapport du 29 novembre 2007, le Dr C._____ déclare-t-il, au sujet de la décision du 29 juin 2007, que considérer que la situation actuelle de l'assuré représente un handicap

n'atteignant même pas 20% est très en-deçà de la réalité; cependant, dans la mesure où ce document est postérieur aux décisions contestées et qu'il ne concerne pas la période soumise à l'examen du Tribunal de céans, les décisions litigieuses marquant la limite dans le temps de cette période, il n'est pas pris en considération en la présente cause. Par ailleurs, il sied de relever qu'en tant que médecin traitant du recourant, le Dr C._____ a établi régulièrement, dès l'accident du 14 juin 2002, et jusqu'au 19 novembre 2007 selon les actes au dossier, des certificats d'arrêt de travail à 100% au nom de l'assuré, certificats auxquels on ne saurait toutefois accorder valeur probante dans la mesure où ils ne contiennent ni observations médicales, ni motivations, et qu'ils sont contredits par les différents rapports de ce même médecin, puisqu'aucun de ceux-ci ne conclut à une totale incapacité de travail.

Enfin, le Dr K._____, dans un rapport du 8 juin 2004, estime qu'une reprise du travail dans l'ancienne activité est plus que compromise, mais qu'une activité adaptée en position stationnaire assise avec peu de déplacement pourrait tout à fait se justifier.

En définitive, seul le Dr Y._____, consulté par le recourant le 1er mai 2007, conclut clairement, dans un rapport du 15 mai 2007, à une incapacité de travail totale depuis la date de l'accident, incapacité se maintenant encore actuellement pour une durée indéterminée. Néanmoins, dans son rapport suivant, du 27 juin 2007, se référant à celui du Dr Z._____ du 12 juin 2007, le Dr Y._____ se révèle moins précis et déclare de manière générale que le recourant présente une incapacité de gain, étant donné l'affection traumatique du membre inférieur gauche. Puis, dans un courrier du 29 juin 2007, indiquant que l'assuré a besoin d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain, le Dr Y._____ semble sous-entendre que celui-ci a bel et bien une capacité de gain, tout en concluant qu'actuellement cette capacité de gain est nulle en circuit économique libre, ce qu'il répète dans un courrier du 13 juillet 2007, dans lequel il propose toutefois une expertise neutre organisée par exemple chez le Dr Q._____, avec un complément psychiatrique avec le Dr b._____. Or, il convient de noter, à la lecture des documents établis par le Dr Y._____, outre qu'il s'agit là d'un médecin traitant de l'assuré, que la relation de confiance qui l'unit à son patient peut inciter, selon l'expérience, à prendre parti pour ce dernier en cas de doute (voir consid. 10.3), que ses rapports, par

ailleurs de moins en moins clairs et affirmatifs, sont bien plus succincts, moins motivés et détaillés, que les rapports d'expertise du Dr Q._____, de sorte qu'ils ne sauraient remettre en cause les conclusions de ce dernier.

Il y a lieu d'ajouter encore que le Dr P._____, premier médecin du SMR à s'être prononcé sur le dossier de l'assuré, a considéré, dans ses avis des 13 août 2004, 25 février 2005 et 23 août 2005, que la capacité de travail de l'assuré était de 80% dans une activité adaptée aux troubles somatiques, en position de préférence assise, sans port de charges, ni travaux lourds et avec marche limitée. Pour déterminer ce taux de 80%, le Dr P._____ s'est paradoxalement fondé sur les rapports du Dr R._____, lequel considère qu'après une reprise du travail progressive, à 50% le premier mois, la capacité de travail de l'assuré devrait être de 80% dans une activité adaptée limitant le port de charges à 5 kg, excluant les travaux lourds et limitant la marche à 100 m, soit une activité adaptée aux troubles somatiques, tenant compte de limitations exclusivement physiques. Or, il sied de souligner que le Dr R._____ est psychiatre, de sorte que son appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant sur le plan somatique ne saurait avoir la même pertinence que celle d'un spécialiste en chirurgie orthopédique, d'autant qu'aucun des médecins somaticiens qui se sont exprimés à cet égard n'a conclu à une capacité de travail partielle dans une activité adaptée. Par conséquent, ni les avis du Dr P._____, ni ceux du Dr R._____ ne sont en mesure de nuancer les conclusions de ces médecins au niveau physique.

11.2.2.5 La Cour de céans observe dès lors, ainsi que le fait le Dr V._____, médecin responsable du SMR, que sur le plan somatique, le recourant présente une incapacité de travail de 100% dans toute activité dès le 14 juin 2002, date de son accident professionnel, et ce, jusqu'au 27 avril 2004, date à laquelle le Dr Q._____ a procédé à sa première expertise et établi clairement que la capacité de travail de l'assuré s'est améliorée de telle sorte que ce dernier présente dorénavant une pleine capacité dans l'exercice d'une activité toutefois adaptée à son état de santé, à savoir essentiellement en position assise, sans port de charges de plus de 5 kg ou seulement occasionnellement, sans travaux lourds, la marche devant être très limitée et sur un terrain plat. Or, le recourant exerçait la profession de serrurier en construction métallique, activité impliquant à l'évidence de lourdes tâches, le port régulier de charges

et une position rarement assise, incompatibles avec les limitations fonctionnelles décrites par les somaticiens; il s'avère en conséquence qu'on ne saurait reconnaître à l'assuré une quelconque capacité de travail résiduelle dans son ancienne activité, ce que concluent également les médecins consultés.

Le Tribunal constate toutefois que si les médecins somaticiens ont certes observé que les soins donnés suite à l'accident du recourant ont eu de bons résultats et que l'état de santé physique du recourant s'est objectivement amélioré, ils ont également noté, en particulier, la persistance des plaintes de l'assuré quant aux douleurs ressenties au genou gauche, ce qu'au vu des rapports versés au dossier, ils ne parviennent pas à expliquer. Or, suite au premier rapport d'expertise du Dr Q._____ du 28 avril 2004 faisant état de la discordance entre les constatations cliniques et radiologiques et les plaintes du patient, des investigations ont été entreprises au niveau psychiatrique, requises par le Dr P._____. Il sied dès lors d'examiner maintenant si l'état de santé psychique de l'assuré est de nature à restreindre sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

11.3

11.3.1 Au niveau psychologique, quatre psychiatres, soit deux experts mandatés par l'assureur, les Drs R._____ et W._____, et deux médecins traitants, les Drs U._____ et b._____, se sont prononcés sur l'état de l'assuré. Or, force est de constater d'emblée, s'agissant des diagnostics posés, la diversité des avis des médecins consultés.

Ainsi, le Dr R._____, premier psychiatre et expert à avoir examiné le recourant, note, dans son rapport du 20 juillet 2004, des troubles de l'humeur et un épisode dépressif moyen avec renforcement de la sensibilité à la douleur, épisode dépressif qu'il juge ensuite, dans son rapport du 28 juillet 2005, momentanément sévère et réactionnel à un sentiment de non prise en compte de l'état physique. Pour sa part, le Dr U._____, psychiatre de l'assuré, retient, dans son rapport du 19 décembre 2004, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive et perturbation d'autres émotions. Dans un rapport plus récent, du 7 mars 2006, le Dr W._____, second expert-psychiatre à se prononcer sur le cas du recourant, pose le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons

psychologiques et estime que le thymisme de l'assuré n'est pas franchement dépressif dans le sens d'un épisode majeur. Enfin, versé par l'assuré en procédure de recours, le rapport du 26 juillet 2007 du Dr b._____, également psychiatre du recourant, fait état, comme le Dr R._____, d'un épisode dépressif moyen, qui se serait péjoré par la suite, selon le rapport du même psychiatre du 21 novembre 2007. D'autres médecins s'expriment également quant à l'état psychologique du recourant: en particulier, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, relève, dans son rapport d'expertise du 28 avril 2004, un syndrome d'amplification des symptômes; quant au Dr C._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, il mentionne, dans un courrier du 24 février 2005, des troubles somatoformes douloureux en tous genres et une décompensation psychique. Toutefois, il convient de souligner d'emblée que ces avis proviennent de médecins qui ne sont pas des spécialistes en psychiatrie et qu'ils ont été clairement réfutés par les psychiatres qui se sont prononcés en la présente cause. Dans cette mesure, le Tribunal de céans juge qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

S'il s'avère ainsi que les diagnostics des médecins divergent quelque peu sur le plan psychiatrique, il sied de noter que c'est avant tout à l'appréciation médicale qui en est faite, s'agissant de sa capacité de travail, que le recourant ne souscrit pas, estimant que les troubles psychologiques dont il souffre entraînent une capacité résiduelle de travail nulle. Il s'en prend en particulier aux conclusions du Dr W._____, qui se fonderaient sur des faits erronés et seraient en totale contradiction avec l'expertise du Dr R._____; en outre, l'expertise du Dr W._____ ne remplirait pas les réquisits jurisprudentiels quant à la forme, étant succincte et ayant surtout été requise dans la procédure diligentée par la CNA.

11.3.2

11.3.2.1 Dans son rapport du 20 juillet 2004, le Dr R._____ rapporte que l'activité professionnelle de l'assuré est limitée par son état dépressif actuel, mais que la dépression pouvant être soignée, cette limitation ne devrait pas être définitive. Il estime qu'il n'existe aucune capacité de travail dans la profession exercée avant l'accident, mais que dans une activité différente, comme un travail de bureau, des mesures de réadaptation sont susceptibles d'améliorer la capacité de travail, cette activité pouvant alors s'exercer à un horaire normal.

Requis de préciser ses conclusions, le Dr R._____ déclare ensuite, dans une annexe au rapport médical du 8 août 2004, que le port de charges doit être limité à 5 kg, que les travaux lourds sont exclus et que la marche peut se faire sur 100 m; il considère qu'après une reprise du travail progressive, à 50% le premier mois, la capacité de travail devrait ensuite être de 80%. Puis, dans son second rapport, du 28 juillet 2005, le Dr R._____ relève une aggravation de l'état dépressif de l'assuré, mais juge à nouveau que son activité professionnelle est limitée par cet état dépressif de façon transitoire, la dépression ne devant pas être persistante puisqu'elle dépend de la résolution du problème du genou, de sorte que le recourant pourrait ensuite travailler selon un horaire normal, dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles dues à l'atteinte du genou. Pour sa part, le Dr W._____ conclut, dans son rapport d'expertise du 7 mars 2006, que l'atteinte à la santé psychique qu'il a diagnostiquée chez l'assuré n'entraîne aucune incapacité de travail et aucune invalidité.

11.3.2.2 Contrairement à ce que soutient le recourant, l'autorité de céans constate, à la lecture des rapports des deux experts-psychiatres, que les conclusions de ces derniers, s'agissant de la capacité de travail de l'assuré, ne sont pas en totale contradiction. En effet, si le Dr R._____ note par deux fois, dans son premier et dans son second rapport d'expertise, que l'activité professionnelle de l'assuré est limitée par son état dépressif, dans l'un et l'autre rapport, il précise que cette limitation est transitoire et non définitive, l'activité pouvant s'exercer à un horaire normal une fois résolu le problème lié au genou de l'assuré, dont dépend l'état dépressif qui serait le sien. Il conclut en outre, dans l'annexe au rapport médical du 8 août 2004, à une incapacité de travail non pas totale, mais de 20% seulement, dans une activité adaptée et ce, en raison de limitations fonctionnelles sur le plan somatique. En effet, le Dr R._____ ne fait état d'aucune limitation fonctionnelle de la capacité de travail en raison des troubles psychologiques, les restrictions qu'il décrit étant d'ordre physique et justifiant seules l'exercice d'une activité adaptée. Il semble ainsi ressortir des conclusions du Dr R._____ que sur le plan psychologique, les troubles dont souffre l'assuré n'existent qu'en lien avec ses troubles physiques, et, comme le soutient le Dr W._____, que ce ne sont pas ces atteintes psychiques qui seraient invalidantes, mais l'état de santé somatique du recourant.

11.3.2.3 Le Tribunal de céans relève par ailleurs que les avis du Dr R._____ des 20 juillet et 8 août 2004 et du 28 juillet 2005, outre qu'ils présentent des contradictions s'agissant du taux de capacité de travail résiduelle du recourant, manquent de précision et de clarté. Notant un état dépressif limitant la capacité de travail de façon transitoire jusqu'à la résolution des problèmes de santé de l'assuré, tout en concluant à une capacité de travail de 80% après réadaptation professionnelle et, simultanément, à la possibilité de travailler à un horaire normal, ces avis semblent d'une part suggérer une incapacité de travail totale jusqu'à guérison de l'état dépressif du recourant ou de son problème au genou gauche, et d'autre part, conclure à une capacité de travail résiduelle quasi-immédiate (après un mois à 50%) de 80% au moins, voire à 100% selon un horaire normal, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques de l'assuré. L'autorité de céans constate ainsi que les observations du Dr R._____, qui mêle en outre, dans son appréciation, le plan physique et le plan psychique de l'état de santé de l'assuré, ne permettent pas de déterminer quelles sont, du point de vue purement psychiatrique, les conséquences des troubles du recourant sur sa capacité de travail résiduelle.

C'est d'ailleurs ce que relève également le Dr V._____, médecin responsable du SMR, dans son avis du 5 janvier 2006, lorsqu'il requiert une expertise pluridisciplinaire, dont notamment une expertise psychiatrique, en raison des conclusions incertaines du Dr R._____, qui se serait, de l'avis du Dr V._____, quelque peu écarté de sa spécialité. C'est ainsi au Dr W._____ qu'a été donné mandat, par l'assurance-invalidité (voir courrier du Dr Q._____ du 12 janvier 2006 au recourant, OAI VS pce 144) et non par la CNA, de pratiquer une nouvelle expertise psychiatrique.

11.3.2.4 S'il est vrai que le rapport du Dr W._____ du 7 mars 2006 est plus succinct que ceux du Dr R._____, il apparaît clair, complet, motivé et cohérent. Fondé sur un examen de l'assuré effectué le 6 mars 2006, ce rapport contient une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle et sociale complète. Certes, le recourant conteste l'aspect social retenu dans cette anamnèse, affirmant qu'il ne fréquente pas régulièrement les établissements publics de n._____, qu'il n'a pas de nombreuses fréquentations féminines et qu'il ne fait pas lui-même ses courses. Il produit plus tard, en procédure de recours, une attestation d'une amie, datée du 7 août 2007, qui vient

corroborer ses affirmations, ce que font également les rapports du Dr R._____ dans lesquels le psychiatre indique que ce sont les voisins qui aident l'assuré pour ses courses. Cela ne saurait toutefois remettre en cause la valeur du rapport du Dr W._____, dans la mesure notamment où l'on peut déduire de son anamnèse que le recourant est bien intégré, ce que les expertises du Dr R._____ confirment. En outre, le rapport du Dr W._____ tient compte des plaintes de l'assuré et ses conclusions se basent également sur une observation clinique. Enfin, le diagnostic posé est abondamment décrit, clair et convaincant au regard de l'état de santé général, et en particulier somatique, du recourant et des douleurs persistantes au genou gauche dont il se plaint. De même, sont claires, motivées et convaincantes la discussion du cas et les conclusions du psychiatre, qui ne se prononce que sur le plan psychologique. Partant, au regard des lignes directrices posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral en ce qui concerne la manière d'apprécier expertises et rapports médicaux, ainsi que des exigences quant au contenu de ces rapports et expertises (voir consid. 10.2 et 10.3), l'autorité de céans estime qu'il convient de donner préséance aux conclusions du rapport d'expertise du Dr W._____.

A cela s'ajoute le fait que les psychiatres traitants du recourant ne contredisent pas l'appréciation du Dr W._____, en particulier le Dr U._____ qui conclut également, dans son rapport du 19 décembre 2004, qu'il n'y aurait pas vraiment de limitations à observer au plan psychique si le recourant était capable physiquement de trouver une activité adaptée ou de suivre une réadaptation professionnelle. Quant au Dr b._____, s'il déclare, dans son certificat médical du 26 juillet 2007, qui est toutefois postérieur aux décisions litigieuses, que l'incapacité de travail actuelle de l'assuré est de 100% dans son activité habituelle, il ne précise pas si cette incapacité est due à des motifs psychiques ou physiques et ne conclut pas de même s'agissant d'une activité adaptée, puisqu'il indique qu'une réadaptation à un travail selon les possibilités de l'assuré est nécessaire, donc envisageable, sans là non plus expliquer si cette réadaptation doit avoir lieu pour des raisons psychiques ou somatiques. On ne saurait donc en déduire avec certitude que les troubles psychologiques du recourant sont la cause d'une incapacité de travail. Certes, dans son rapport suivant, du 21 novembre 2007, le Dr b._____ fait état d'une aggravation de l'état dépressif du recourant et note que l'incapacité de travail actuelle est de 100%.

Cependant, ce document est lui aussi, et plus largement que le premier certificat du Dr b._____, postérieur aux décisions contestées. De tels documents n'étant pris en considération que dans la mesure où ils concernent la période soumise à l'examen du Tribunal de céans, ce qui n'est pas le cas des certificats du Dr b._____, qui relatent et évaluent la situation de l'assuré au moment où ils sont rédigés, il n'en sera pas tenu compte en la présente cause.

11.3.2.5 Dès lors, le Tribunal de céans relève en premier lieu que les documents psychiatriques à disposition sont suffisants pour se prononcer sur la capacité de travail du recourant à cet égard, de sorte que, malgré l'absence d'uniformité dans les diagnostics, la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique complémentaire n'est pas nécessaire. En second lieu, l'autorité de céans observe qu'aucun des éléments au dossier ne permet de considérer que la santé psychique du recourant, du moins jusqu'à la date des décisions attaquées, restreindrait sa capacité de travail, et juge, avec le Dr W._____, que si effectivement l'assuré présente une atteinte d'ordre psychique, celle-ci n'entraîne aucune incapacité de travail et aucune invalidité.

Tel est également l'avis du Dr V._____, qui ressort en particulier de son rapport final du 11 septembre 2007, rendu en procédure de recours, dans lequel le médecin du SMR retient bel et bien un diagnostic au niveau psychologique, celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, – et non celui d'état dépressif, raison pour laquelle l'avis du SMR du 11 septembre 2007 ne se prononce pas sur la gravité d'un éventuel épisode dépressif –, précisant que ce diagnostic prend le mieux en compte la situation clinique de l'assuré, tout en estimant que ce trouble est sans répercussion sur la capacité de travail. Avant le Dr V._____, le Dr P._____, du SMR également, a lui aussi considéré, dans ses avis des 13 août 2004, 25 février 2005 et 23 août 2005, se fondant paradoxalement sur les rapports du Dr R._____, que l'état de santé psychique du recourant n'entraînait pas d'incapacité de travail, puisqu'il note que l'expert-psychiatre n'indique aucune limitation fonctionnelle due à cet état de santé psychologique et que la capacité de travail est de 80% dans une activité adaptée aux troubles somatiques.

Il convient d'ajouter, à cet égard, que contrairement à ce que fait valoir le recourant à plusieurs reprises, en procédure d'audition et de

recours, l'on ne peut que constater que l'Office AI a bel et bien tenu compte de l'affection psychique dont souffre l'assuré, ayant suivi sur ce point, à juste titre, les avis de son service médical, lequel a requis trois expertises spécialisées, ainsi que des précisions complémentaires, afin de déterminer au mieux l'état de santé psychologique de l'assuré et ses conséquences sur la capacité de travail. Le fait que le SMR et l'Office AI aient finalement conclu qu'il n'y a pas de limitation de la capacité de travail de l'assuré pour des raisons psychiatriques ne saurait être compris comme la non prise en compte de l'affection psychique du recourant, dont l'administration n'a pas nié l'existence. Notons encore, par souci de complétude, qu'en cas de troubles au niveau psychologique et somatique, il s'agit d'évaluer la capacité de travail résiduelle globale d'un assuré et non pas d'additionner un éventuel taux d'incapacité de travail déterminé pour des motifs psychiatriques à un second taux d'incapacité de travail qui découlerait d'atteintes physiques.

11.4 En conséquence, la Cour de céans est d'avis que si le recourant est totalement incapable de travailler dans toute activité à partir du 14 juin 2002, il peut toutefois, dès le 27 avril 2004, date de l'expertise du Dr Q._____, exercer à plein temps une activité adaptée à son état de santé, soit une activité essentiellement en position assise, sans port de charges de plus de 5 kg ou seulement occasionnellement et sans travaux lourds, la marche devant être très limitée et sur un terrain plat, limitations qui excluent à l'évidence l'ancienne activité de serrurier en construction métallique.

12.
Cela étant, il s'agit de déterminer la perte de gain que subirait le recourant dans l'exercice d'une activité médicalement exigible.

A cet égard, il convient de rappeler que l'assuré a exercé en Suisse, jusqu'au 14 juin 2002, l'activité de serrurier en construction métallique, son dernier employeur étant l'entreprise d._____. Son contrat a été résilié par l'employeur avec effet au 31 mars 2003.

12.1 L'invalidité, notion juridico-économique et non médicale, est évaluée, chez les assurés actifs, en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide) avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu

invalide (revenu sans invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b et les réf. citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêts du Tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008, 9C_236/2008 du 4 août 2005 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Pratique VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références citées).

12.2

12.2.1 Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement réalisé au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et les références citées). A ce titre, il convient en général de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. C'est précisément ce que l'Office AI

a fait en se basant sur les informations données par le dernier employeur du recourant dans le questionnaire pour l'employeur et figurant dans les décomptes de salaire horaire joints au questionnaire (OAI VS pce 21). Il en ressort qu'en 2002, l'assuré réalisait un salaire horaire de Fr. 25.60 et travaillait 42.5 heures par semaine, qu'il convient de multiplier par les 52 semaines de l'année civile, de sorte à tenir compte également des vacances et des jours fériés, soit un total de 2'210 heures pour l'année 2002. L'on obtient ainsi une rémunération annuelle de Fr. 56'576.- à laquelle il faut encore ajouter la part de 8.33% du salaire horaire, part correspondant au 13e salaire que le salaire horaire ne comprend pas, au vu des décomptes versés au dossier. Il en résulte un revenu annuel sans invalidité pour l'année 2002 de Fr. 61'288.78, non contesté par le recourant. Dans la mesure où il a été établi que ce dernier pourrait reprendre une activité lucrative à partir d'avril 2004, il convient de tenir compte, ainsi que l'Office AI l'a fait, de l'évolution des salaires jusqu'à 2004, en indexant le revenu annuel susmentionné selon l'indice des salaires nominaux établi par l'Office fédéral de la statistique (OFS; Evolution des salaires 2004, Tableau T1.93, p. 34), à savoir, pour la métallurgie et le travail des métaux, 111.1 pour 2002 et 113.2 pour 2004. Le revenu annuel sans invalidité adapté à l'évolution des salaires se monte ainsi à Fr. 62'447.25 ([61'288.78 x 113.2] : 111.1).

12.2.2 Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, lorsqu'un assuré a réalisé un revenu sans invalidité nettement inférieur au salaire statistique usuel de la branche en raison de facteurs étrangers à l'invalidité et qu'il ne désirait pas s'en contenter délibérément, il convient d'abord d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer, soit en augmentant de manière appropriée le revenu sans invalidité effectivement réalisé ou en le remplaçant par les données statistiques, soit en réduisant de manière appropriée la valeur statistique du revenu d'invalide (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Est à considérer comme nettement inférieur au sens de cette jurisprudence, un salaire effectivement réalisé qui est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel de la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). Si une différence au moins aussi grande devait apparaître, le parallélisme ne peut porter que sur la part qui dépasse le taux minimal de 5% (loc. cit. consid. 6.1.3).

En se référant au tableau relatif au « salaire mensuel brut (valeur centrale) selon les branches économiques, le niveau de qualifications

requises pour le poste de travail et le sexe », dans le secteur privé (tableau TA1, p. 53), de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2004, publiée par l'OFS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb), valeur dans le domaine de la métallurgie et du travail des métaux (homme, niveau de qualification 3), on retient pour le recourant un revenu statistique mensuel moyen de Fr. 5'471.-, à savoir annuellement Fr. 65'652.- (5'471.- x 12). Les salaires bruts standardisés se basant sur un horaire de travail de 40 heures hebdomadaires, inférieur à la moyenne usuelle en 2004, dans ce secteur, qui est de 41.2 heures par semaine (la Vie économique, 12-2008, B9.2, p. 94), ce salaire de Fr. 65'652.- doit donc encore être adapté et s'élève en définitive à Fr. 67'621.56.

Il apparaît donc qu'en l'espèce, le recourant réalisait, en exerçant son activité lucrative habituelle, un revenu représentant 92.35% ([62'447.25 x 100] : 67'621.56) du salaire usuel de la branche. Dans la mesure où le salaire effectivement obtenu est inférieur (7.65%) au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral et que les autres conditions sont réalisées en l'espèce, il convient d'effectuer un parallélisme des revenus à comparer. La valeur statistique du revenu d'invalide sera donc réduite de 2.65%.

12.2.3 Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé après la survenance de l'atteinte à la santé, la jurisprudence admet le recours aux données statistiques suisses telles qu'elles ressortent de l'ESS. Les rémunérations retenues par l'ESS servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6).

Il convient de souligner encore que l'important dans l'évaluation de l'invalidité d'un assuré est que les deux termes de la comparaison, à savoir revenu sans invalidité et revenu d'invalide, soient équivalents, c'est-à-dire qu'ils se rapportent à un même marché du travail (ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4) et à une même année de référence. S'agissant en l'occurrence d'un assuré ayant exercé sa dernière activité en Suisse, c'est à juste titre que l'Office AI s'est référé à l'ESS pour déterminer le gain hypothétique d'invalide et s'est rapporté à la

valeur médiane ou valeur centrale afférente aux salaires bruts standardisés (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb) et non à des chiffres tirés de secteurs d'activité particuliers (arrêt du Tribunal fédéral I 392/06 du 13 mars 2007 consid. 6.2).

En effet, en l'espèce, il a été admis qu'une activité adaptée était exigible à plein temps, pour autant qu'elle s'exerce essentiellement en position assise, sans port de charges de plus de 5 kg ou seulement occasionnellement et sans travaux lourds, la marche devant être très limitée et sur un terrain plat. Or, on peut admettre que les différentes branches économiques prises en compte dans le tableau TA1, recouvrent une large palette d'activités, dont un nombre significatif est adapté aux limitations fonctionnelles du recourant. De surcroît, il sied de noter que selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les réf. citées). Ainsi, le revenu d'invalide doit être déterminé en fonction de ce que peuvent prétendre les hommes exerçant une activité simple et répétitive dans le secteur privé (niveau de qualification 4), soit un revenu mensuel de Fr. 4'588.- (valeur médiane ou centrale) et un revenu annuel de Fr. 55'056.-. Ce salaire hypothétique doit encore être adapté au nombre d'heures hebdomadaires effectuées en moyenne en 2004, qui est de 41.6 heures par semaine, et s'élève en définitive à Fr. 57'258.24.

En raison du parallélisme des revenus et de l'incapacité de travail dans les activités de substitution, ce salaire théorique doit être réduit de 2.65%, de sorte que le salaire annuel d'invalide s'établit à Fr. 55'740.90.

12.2.4 Comme le recours aux salaires ressortant des statistiques ne permet pas une appréciation très fine en fonction des groupes de professions particuliers ou des régions de travail, la jurisprudence permet de réduire le revenu hypothétique d'invalide, tel qu'il résulte des statistiques, afin de tenir compte du fait que les possibilités pour l'assuré de réaliser un gain qui se situe dans la moyenne sont forcément diminuées. La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service,

nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et relève en premier lieu de l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. La jurisprudence n'admet cependant à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). En conséquence, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée, à moins que l'administration ait omis d'exposer les raisons l'ayant conduit à la déduction retenue, auquel cas le juge n'y est pas lié (arrêt du Tribunal fédéral I 133/07 du 21 janvier 2008 consid. 2.3; ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références citées; voir également consid. 4.3). En l'espèce, l'Office AI a consenti un abattement de 10% sur le revenu d'invalide de l'assuré, ce dernier estimant pour sa part, dans son recours du 2 août 2007, que cet abattement devrait se monter à 15%. Or, l'Office AI a considéré, à juste titre, comme il l'a exposé dans sa réponse du 19 octobre 2007, que le recourant ne présente aucune limitation liée à l'âge (37 ans en 2004) ou aux années de service, mais que toutefois, seules des activités essentiellement en position assise et ne nécessitant ni travaux lourds, ni port de charges de plus de 5 kg, ni marche prolongée, sont exigibles du point de vue médical, et qu'en outre, l'assuré est titulaire d'une autorisation de séjour. Cette argumentation n'est pas insoutenable, et dans la mesure où l'administration a tenu compte de manière appropriée des limitations fonctionnelles et de l'autorisation de séjour de l'assuré, et au vu, en outre, de l'éventail d'activités lui étant encore accessibles, le Tribunal de céans considère qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Le salaire d'invalide est donc fixé à Fr. 50'166.81.

12.2.5 La comparaison du revenu sans invalidité de Fr. 62'447.25 au revenu d'invalide de Fr. 50'166.81 fait apparaître un préjudice économique de 19.66%, arrondi à 20% (ATF 130 V 121 consid. 3). Le taux d'invalidité du recourant n'atteint donc pas les 40% nécessaires pour obtenir le droit à une rente.

12.3 A cet égard, le recourant, en particulier dans sa réplique du 31 janvier 2008, a fait valoir une discordance entre le taux d'invalidité retenu par l'Office AI, à 17%, et celui reconnu par la CNA, à 22%, et a déclaré mal comprendre pourquoi l'OAIE retient un taux inférieur à celui de la CNA pour les mêmes séquelles physiques du même

accident, en violation du principe de coordination entre les assureurs sociaux.

Dans ce contexte, il convient de relever que dans l'arrêt U 148/06, du 28 août 2007, le Tribunal fédéral a ajusté sa jurisprudence concernant la coordination de l'évaluation de l'invalidité dans les différentes branches de l'assurance sociale et a précisé en particulier que l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'ATF 126 V 288, de même que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité ne lie en aucun cas l'assurance-accidents. En effet, le Tribunal fédéral a retenu que les critères déterminants pour l'attribution d'une rente divergent dans les différentes assurances sociales, malgré une notion de l'invalidité en principe identique. Ainsi, une décision entrée en force dans une procédure impliquant l'assurance-accidents n'exclut nullement un litige dans la procédure concernant l'assurance-invalidité. En revanche, dans l'arrêt U 148/06, le Tribunal fédéral a renoncé à l'examen de la question de savoir quelle est la signification de l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents pour l'assurance-invalidité et vice-versa, par exemple quant à l'obligation de la production du dossier de l'autre assureur. A tout le moins, les décisions de rente de l'assureur-accidents et de l'office AI sont notifiées à l'autre institution d'assurance (ATF 133 V 549 et les références citées; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-1137/2007 du 23 septembre 2009 consid. 6).

Au vu de ce qui précède, l'on ne saurait suivre le recourant et reprocher en l'espèce à l'Office AI une violation du principe de coordination entre les assureurs sociaux.

13.
En conséquence, le Tribunal de céans juge, en accord avec l'autorité inférieure, que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité, fondé sur un taux de 100%, à partir du 1er juin 2003, soit après l'écoulement de la période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail pertinente, le 14 juin 2002. Le droit à cette rente est toutefois limité au 30 juin 2004 dans la mesure où la capacité de gain de l'assuré s'est améliorée durablement dès le mois d'avril 2004 (art. 88*a* al. 1 RAI), s'élevant alors à 20%, soit un taux d'invalidité ne donnant plus droit à une rente d'invalidité.

14.
Reste à examiner le droit du recourant à des mesures professionnelles, que l'Office AI a refusées dans sa décision du 5 juillet 2007, au motif que le degré d'invalidité de l'assuré est de 17% dès le 27 avril 2004 et qu'en outre, les conditions subjectives à une réadaptation ne sont pas réalisées. Le recourant conteste cette décision par acte du 4 septembre 2007, soutenant que son degré d'invalidité est supérieur à 20%.

14.1 Le droit suisse exige, pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation, que la personne concernée soit assurée à l'assurance-invalidité suisse, ce qui est le cas en l'espèce, le recourant étant domicilié en Suisse (art. 1b LAI en corrélation avec les art. 1a et 2 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]).

14.2 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Selon l'al. 3 let. b de cette disposition, les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) sont au nombre des mesures de réadaptation.

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (arrêt du Tribunal fédéral I 370/98 du 26 août 1999, publié dans Pratique VSI 3/2002 p. 111). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas aux mesures qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 108 consid. 2a et les références

citées; Pratique VSI 1/2000 p. 25 consid. 2a et 2b; RCC 1992 p. 388, RCC 1988 p. 266; MICHEL VALTERIO, Droit et pratique de l'assurance-invalidité, Lausanne 1985, p. 136).

L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (art. 17 LAI). Tel n'est en principe pas le cas si l'assuré ne subit pas, même en l'absence d'une telle mesure de reclassement, une diminution de sa capacité de gain de l'ordre de 20% au moins (ATF 124 V 108 consid. 2b; ULRICH MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, ad. art. 17). La perte de gain est calculée selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (Pratique VSI 2/2000 p. 63; RCC 1984 p. 95). Le reclassement se définit comme l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative ne se rapporte pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain qu'on peut attendre d'un reclassement (ATF 122 V 79 consid. 3b/bb; RCC 1988 p. 497 consid. 2c). Celui-ci n'est pas nécessité par l'invalidité notamment lorsque l'assuré est suffisamment réadapté et qu'il est possible qu'il prenne un emploi correspondant à ses aptitudes, sans formation supplémentaire (RCC 1963, p. 127).

14.3 En l'espèce, le recourant remplit la condition du taux d'invalidité minimum de 20% ouvrant droit au reclassement.

Toutefois, il s'avère dans un premier temps qu'un nombre significatif d'activités de substitution sont à la portée de l'assuré, que ce dernier peut exercer à temps plein et qui lui permettraient, même sans formation complémentaire, d'atteindre un gain à peu près équivalent au revenu de Fr. 62'447.25 qu'il réalisait sans invalidité (voir consid. 12.2.1). Ainsi en va-t-il par exemple des activités dans la production, telles que la fabrication de papier ou de carton, dont le revenu statistique mensuel 2004 pour un niveau de qualification 4 est de Fr. 5'200.-, soit sur douze mois et adapté à l'horaire de travail hebdomadaire de la branche, un salaire de Fr. 64'272.-, ou des activités dans le commerce de gros, telles que la revente d'articles et

de produits neufs ou usagés à des détaillants, dont le revenu statistique mensuel 2004 pour un niveau de qualification 4 est de Fr. 4'672.-, soit annuellement et adapté à l'horaire de travail hebdomadaire de la branche, un salaire de Fr. 58'727.-. Ainsi, dans cette mesure déjà, une réadaptation professionnelle n'apparaît pas nécessaire au maintien ou à l'amélioration de la capacité de gain.

Il appert dans un second temps que s'il a effectivement déposé, le 4 septembre 2007, un recours contre le refus de reclassement prononcé par l'Office AI, demandant à être mis au bénéfice d'une telle mesure, le recourant, dans un courrier du 6 août 2007 déjà, versé aux actes dans le cadre du recours contre la décision liée à la rente d'invalidité, a déclaré qu'il devait être reconnu invalide à 100%, ce qu'il a confirmé ensuite dans sa réplique du 31 janvier 2008, dans laquelle il affirme que sa capacité résiduelle de travail est nulle. Dès lors qu'il se prétend entièrement invalide, le recourant confirme l'opinion de l'autorité inférieure selon laquelle le succès d'éventuelles mesures d'ordre professionnel paraît compromis.

Il sied de rappeler dans ce contexte que le recourant s'est vu octroyer, à la fin de l'année 2004, une mesure d'orientation professionnelle sous forme d'un stage à l._____, afin de le mettre en situation professionnelle de façon simple. Or, déjà lors du premier entretien à ce sujet, le 7 septembre 2004, avec S._____, psychologue auprès de l'OAI VS, il déclarait se voir assez mal retourner en activité, ce qu'il a répété au cours d'une deuxième entretien le 5 octobre 2004, expliquant qu'il serait difficile pour lui de travailler ou même de suivre des cours à cause de ses douleurs, qui l'empêcheraient de se concentrer, et qu'il ne veut rien décider au sujet d'un éventuel stage. Puis, dans un rapport du 28 octobre 2004, S._____ indique que l'assuré affirme être prêt à essayer le stage bien qu'il doute pouvoir parvenir à un résultat. Enfin, la psychologue note, dans un rapport du 19 novembre 2004 relatant la présentation de A._____ à l._____ avant le début du stage, que l'assuré, annonçant qu'il aura trop mal, négocie l'horaire de travail du stage, qu'il débute finalement le 22 novembre 2004 et auquel il met fin le 3 décembre 2004, en raison des douleurs qu'il ressent. Cette limitation de l'orientation professionnelle sera confirmée par décision de l'OAI VS du 7 décembre 2004, non contestée. Il convient de relever à cet égard que si le médecin traitant du recourant a effectivement signé un arrêt de travail le 3 décembre 2004, il explique, dans son courrier du

24 février 2005 au Dr N._____, qu'il l'a fait à la demande pressante du Dr U._____ et de S._____, tant le patient était près de décompenser psychologiquement face à la problématique que lui posait une tentative de reprise d'activités. Or, il a été clairement établi par les psychiatres consultés que non seulement il n'y avait pas lieu de retenir le diagnostic de décompensation, mais surtout, que d'un point de vue psychologique, le recourant était dans une pleine capacité de travail (voir consid. 11.3). D'ailleurs, dans son rapport du 9 décembre 2004, T._____, qui a suivi l'assuré I._____, tout en relevant une excellente habileté manuelle qu'il pourrait exploiter pour se réinsérer, note l'attitude très négative dont a fait preuve le recourant, qui, en cours de stage, se serait déclaré contre cette mesure, prise uniquement pour l'embêter.

En regard de ce qui précède, force est de constater que par son comportement, l'assuré a manifesté qu'il n'avait pas l'intention de se réadapter. Certes, il a parlé, dans son premier entretien avec S._____, d'une éventuelle formation dans la gestion d'entreprise afin de pouvoir monter sa propre affaire. Toutefois, outre que l'on peut douter, au vu de son attitude, de sa motivation à mener à bien une telle formation, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Par ailleurs, si le recourant fait état, à plusieurs reprises, d'un apprentissage de serrurier d'une année au Portugal, pour lequel il aurait obtenu un certificat, il indique, dans ses mémoires de recours, qu'il est sans formation professionnelle. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266).

Dès lors qu'en l'espèce, l'aptitude subjective de réadaptation fait défaut et que selon toute vraisemblance, la capacité de gain du recourant peut être maintenue ou améliorée sans un reclassement dans une nouvelle profession, il convient de refuser une telle mesure également pour ces raisons.

15.
En conséquence, les recours des 2 août et 4 septembre 2007 doivent être rejetés et les décisions des 29 juin et 5 juillet 2007 confirmées.

16.
Le recourant ayant retiré sa requête d'assistance judiciaire par courrier du 26 mars 2008 et dans la mesure où il succombe, il doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à Fr. 300.- (art. 63 al. 1 PA).

En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Les recours des 2 août et 4 septembre 2007 sont rejetés.

2.
Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant. Ce montant doit être versé sur le compte du Tribunal dans les trente jours qui suivent l'entrée en force du présent arrêt. Le bulletin de versement sera envoyé par courrier séparé.

3.
Il n'est pas alloué de dépens.

4.
Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure
- à la Caisse nationale d'assurances
- à l'Office fédéral des assurances sociales

La présidente du collège : La greffière :

Madeleine Hirsig Isabelle Pittet

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :