

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 avril 2014

Présidence de Mme BERBERAT
Juges : Mme Dessaux et M. Merz
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, service
juridique, à Bienne,

et

O._____, à [...], intimé.

Art. 16 et 17 LPGA ; art. 88a RAI

E n f a i t :

A. **a)** N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 1^{er} juin 1991 en qualité de monteur-électricien au sein de l'entreprise C._____ à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 26 juin 2001, il a été victime d'un accident professionnel durant lequel une perceuse industrielle (pesant plus de 25 kg selon l'assuré) s'est détachée de sa fixation entraînant une torsion au niveau des poignets. Il s'est rendu à [...], où les diagnostics d'entorse du poignet droit et de dissociation scapho-lunaire ont été posés en raison d'un «retour de perceuse au poignet droit» entraînant une incapacité de travail totale à compter du 26 juin 2001 pour une durée indéterminée. Un traitement sous forme d'attelle amovible a été prescrit. La CNA a pris en charge le cas.

Par courrier du 29 août 2001, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main, a retenu une dissociation scapho-lunaire majeure aux deux poignets et a évoqué une intervention chirurgicale sous la forme d'une reconstruction ligamentaire scapho-lunaire. L'assuré a été opéré le 6 septembre 2001 pour le poignet droit et le 21 mars 2002 pour le poignet gauche.

Par courrier du 29 décembre 2001, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 31 mars 2002.

L'assuré a subi une ablation des broches le 14 mai 2002.

Dans un rapport du 27 février 2003 au Dr W._____, le Dr B._____, spécialiste en neurologie, a mentionné un possible syndrome du tunnel carpien, sans preuve électrophysiologique, ni déficit clinique.

Dans son appréciation médicale du 14 août 2003 faisant suite à un examen final de l'assuré à la même date, le Dr F._____, médecin d'arrondissement de la CNA [...], a estimé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. S'agissant de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, ce praticien a relevé que malgré tous les traitements proposés, le patient souffrait de façon permanente des poignets, que les douleurs augmentaient dans la journée et après les efforts, qu'il souffrait également de douleurs nocturnes. Le Dr F._____ a dès lors retenu que le patient pouvait porter des charges légères au maximum de 1,5 kg, poids qui avait été testé lors de l'examen à l'agence. Le dommage permanent subi du fait de l'accident assuré était finalement estimé à 20%, soit 10% pour chaque poignet.

Dans son appréciation médicale du 19 août 2003 relative à l'exigibilité, le Dr F._____ a retenu les éléments suivants :

«M. N._____ présente des séquelles d'une entorse des deux poignets avec en particulier une reconstruction du ligament scapho-lunaire à droite sous forme d'une très importante limitation fonctionnelle des deux poignets, plus marquée à droite qu'à gauche.

Le patient n'a pas de difficulté à être sur les jambes en permanence. Le périmètre de marche sur terrain plat n'est pas limité. Le patient peut monter et descendre les escaliers et les pentes. La position assise et la sollicitation alternée ne pose pas de problème.

La force pure est diminuée au niveau des deux mains. La capacité de préhension est conservée. Le patient peut lever les bras, ne souffre pas de vertige ni de faiblesse générale.

En conclusion, une reprise d'une activité de monteur-électricien n'est pas exigible.

Dans une autre activité de type industrielle, sans port de charges lourdes, ne nécessitant pas de force au niveau des deux mains, est exigible un horaire de travail normal avec un rendement de 100%. Je pense en particulier à une activité de surveillance de machines ou d'une surveillance en général».

Par lettre du 25 août 2003, la CNA a informé l'assuré que les conditions de liquidation de son cas pour les seules suites de l'accident du 26 juin 2001 étaient remplies et qu'il devait reprendre un travail adapté au plus vite avec l'aide de l'assurance-invalidité. La CNA continuait toutefois à lui verser de manière provisoire l'indemnité journalière à 100%.

Par décision du 22 octobre 2003, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 21'360 fr, soit 20% du gain annuel fixé à 106'800 francs.

b) Dans l'intervalle, soit le 14 janvier 2003, N._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente, faisant état de déchirures ligamentaires aux deux poignets et d'opération successive aux deux poignets.

Dans un rapport médical du 30 janvier 2003 à l'OAI, le Dr W._____ a attesté une totale incapacité de travail dès le 26 juin 2001 en raison d'une dissociation scapho-lunaire symptomatique post-traumatique aux deux poignets. Il a estimé que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible et qu'une activité sans sollicitation nouvelle (lourde ou répétitive) était envisageable.

Dans un questionnaire complété par l'employeur le 7 mars 2003, il est indiqué que l'assuré aurait perçu en 2003 un salaire de 4'175 fr. versé 13 fois l'an en qualité de monteur-électricien.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à l'examen de son Service médical régional (ci-après : le SMR). Dans son rapport du 11 novembre 2003, le Dr X._____ a constaté la persistance de douleurs aux mouvements répétitifs ou en force des deux poignets. Il a conclu que dans toute activité tenant compte des limitations fonctionnelles (pas de travaux répétitifs au niveau des deux membres supérieurs, ni de port de charges de plus de 5 kg, ni de mouvements contre résistance), l'assuré ne présentait pas de réduction de sa capacité de travail (que ce soit en temps ou en rendement), et ce dès janvier 2003 (date du rapport du Dr W._____). Il a enfin précisé que cet avis était partagé par les Drs W._____ et F._____.

Dans un rapport initial du 26 mai 2004, la division réadaptation de l'assurance-invalidité (ci-après : la REA) a préconisé une visite au Centre d'Intégration Professionnelle (ci-après : le CIP) à [...] afin de définir dans quel domaine l'assuré pouvait mettre en valeur sa capacité de travail, en tenant compte de ses acquis professionnels et de ses limitations professionnelles.

Dans ce cadre, il a suivi un stage d'observation du 3 août au 31 octobre 2004 (décision du 8 juillet 2004), puis une orientation professionnelle au CIP de [...] du 18 octobre 2004 au 24 avril 2005. Dans un rapport du 24 janvier 2005 à la REA, le CIP a indiqué que le stage de vendeur en pièces détachées avait été interrompu, car l'assuré s'était fait mal aux poignets en déplaçant un carton. Il convenait par conséquent de rechercher une nouvelle orientation, l'assuré éprouvant des difficultés particulières lors de gestes répétitifs, de rotation avec les poignets et le port de charges. Par courrier du 28 janvier 2005 à l'OAI, le CIP a précisé que les activités demandées lors du stage en question n'étaient pas toutes adaptées aux capacités de l'assuré. En effet, la vente ne représentait qu'une partie du temps de travail, l'essentiel du temps étant consacré au magasinage de pièces automobiles.

L'assuré a finalement effectué un stage du 3 au 18 mars 2005 en qualité d'employé de bureau auprès de l'entreprise S._____ (entreprise active dans le domaine de l'électricité). L'évaluation a été qualifiée de positive, l'assuré manquant toutefois de bases en bureautique. Une formation d'une année était ainsi préconisée, voire davantage selon les résultats, en vue de l'obtention d'un diplôme d'employé de bureau (rapport final du CIP du 14 avril 2005).

Par la suite, l'assuré a bénéficié d'une formation d'employé de bureau du 12 avril 2005 au 31 mars 2006 auprès de l'école D._____ à [...] (décision du 10 mai 2005). Il a cependant été mis fin à cette dernière mesure, compte tenu notamment des faibles résultats de l'assuré (notes insuffisantes) et de ses difficultés pour la frappe au clavier.

Dans un rapport du 4 novembre 2005 au Dr W._____, le Dr B._____ a relevé qu'une EMG (électromyographie) avait révélé une neuropathie du cubital au coude modéré à droite et minimal à gauche, mais n'avait pas confirmé une suspicion de syndrome du tunnel carpien bilatéral.

Dans un rapport du 27 février 2006 à l'OAI, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne et maladies des poumons, a exposé que l'assuré présentait sur le plan fonctionnel un syndrome restrictif de degré modéré et que l'on pouvait estimer l'invalidité médicale théorique sur le plan respiratoire au maximum à 25%. Il a en outre indiqué qu'en 2005, un CT thoracique avait été effectué à la recherche d'une atteinte interstitielle qui avait été infirmée par cet examen.

Dans un rapport final du 22 mars 2006 faisant suite à des tests d'orientation professionnelle permettant d'examiner l'accessibilité à une formation intellectuelle, la REA a notamment relevé ce qui suit :

«(...).

Pour une grande partie des tests, notre assuré obtient des résultats inférieurs à ceux des jeunes garçons de fin de scolarité obligatoire de VSO qui se destinent à une formation peu scolarisée. Lors de la restitution de ceux-ci à notre assuré, ce dernier nous explique que lors de la formation à D._____, il a eu de grandes difficultés à suivre les cours (il a obtenu une moyenne de 3,15 pour une moyenne requise de 4). De plus, il nous explique que lorsqu'il est fatigué, il ne peut pas retenir les informations qui lui sont communiquées. Il apparaît au vu des résultats à l'évaluation psychotechnique qu'il n'est pas possible que notre assuré entreprenne avec succès une quelconque formation. Or, le rapport du CIP du 24 janvier 2005 nous indique que les activités professionnelles sollicitant de manière importante les membres supérieurs ne sont pas adaptées aux limitations fonctionnelles de Monsieur N._____.

Au vu du manque de formation professionnelle de Monsieur N._____ et de ses limitations fonctionnelles importantes, aucune activité adaptée lui serait accessible. Nous ne pouvons pas imaginer une activité de type industriel léger, puisqu'il doit éviter toutes sollicitations des poignets et une qualification aurait été illusoire au vu de ses faibles résultats lors de son passage à D._____ et de ses résultats aux examens psychotechniques. Par conséquent, notre assuré n'a aucune capacité de gain ni dans l'économie, ni en milieu protégé».

Par décision du 21 août 2006, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement sous forme d'orientation professionnelle et de soutien dans ses recherches d'emploi.

Dans une note interne du 20 septembre 2006, l'OAI a fait état d'un entretien avec le Dr I. _____ du SMR, lequel a indiqué qu'au vu des valeurs mesurées dans le cadre du symptôme d'apnée du sommeil, les restrictions étaient quasiment inexistantes, seuls les métiers pouvant provoquer des risques pour la collectivité publique comme pilote de ligne ou chauffeur de car seraient à exclure.

Le 20 septembre 2006, répondant à une demande de renseignements de la CNA, le Dr W. _____ a estimé qu'il n'y avait pas eu d'erreur dans le traitement médical. Il a ajouté que la problématique de la correction des dissociations scapho-lunaires était un problème toujours très discuté en chirurgie de la main et que la technique utilisée en faveur de l'assuré, paraissant prometteuse quelques années auparavant, n'était actuellement pas des plus faciles et des plus prédictibles. Il a reconnu que ses interventions s'étaient soldées par des échecs, tout en estimant que les autorités en charge de la réorientation professionnelle de l'assuré avaient fait preuve d'un manque de discernement critique, en raison de l'indication d'une activité de dactylographie.

Dans un rapport final du 14 mars 2007, la REA a exposé ce qui suit :

«Lors de notre premier entretien du 2 février 2007, l'assuré nous informait qu'il souffrait de trouble du sommeil avec une grande peine à se lever le matin. De plus, l'assuré souffre des poignets et ne peut exercer aucun travail répétitif. Suite à différentes idées suggérées, l'assuré nous dit vouloir prendre contact avec son médecin traitant afin de faire le point sur ses différentes possibilités d'emploi. A ce jour M. N. _____ n'a effectué aucune démarche de recherche d'emploi.

Nous convoquons l'assuré en date du 12 février 2007 pour le 23 février 2007. L'assuré annule ce rendez-vous par courrier le 16 février 2007 en invoquant : «Vu, l'état de ma santé actuelle, ainsi que sa fragilité je suis dans le regret de ne pas donner suite à votre demande pour le moment».

Nous accusons réception de son courrier le 23 février 2007 et lui demandons de se positionner sur la suite à donner de l'aide au placement.

En date du 2 mars 2007, l'assuré nous confirme sa volonté de mettre fin à l'aide au placement au vu de l'évolution de son état de santé».

A la demande de l'OAI, le Dr H._____ a indiqué dans un courrier du 11 juillet 2007 qu'une activité ne demandant pas d'effort physique pouvait être raisonnablement exigée sans restriction, les activités physiques dans un environnement poussiéreux avec exposition au froid ou au chaud devant être évitées.

Par avis médical du 17 octobre 2007, le Dr L._____ du SMR, a constaté qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur la capacité de travail et l'exigibilité retenue dans le rapport SMR [du 11 novembre 2003]. L'incapacité de travail totale à laquelle avait conclu le rapport du 22 mars 2006 de la REA ne résultait pas seulement de l'atteinte à la santé, mais aussi de facteurs extra-médicaux (faible niveau d'instruction, maîtrise de la langue, intelligence, etc...) et de facteurs relevant du monde du travail (absence d'activité adaptée), si bien qu'une expertise n'était pas en mesure d'apporter davantage de renseignements.

Dans un rapport médical du 17 mars 2008, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, ne s'est prononcé ni sur les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de son patient, se référant aux «anciens dossiers ainsi qu'aux rapports des psychiatres et du chirurgien», ni sur sa capacité de travail. Il a tout au plus précisé que les diagnostics de diabète et d'asthme n'avaient aucune influence sur sa capacité de travail.

Par courrier du 5 août 2008 à l'OAI, le Dr W._____ a mentionné que son patient était limité dans l'usage de ses deux poignets, qu'il était sévèrement dépressif et qu'il était suivi et traité dans ce sens, ce qui ne faisait qu'aggraver la perception et les conséquences de ses handicaps orthopédiques. Il souffrait enfin de diabète.

Par courrier du 6 août 2008 au mandataire de l'assuré, les Dresses R._____ et J._____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin-assistante à l'Y._____ (ci-après l'Y._____) de [...], ont retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F 43.1) et de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.2). Elles ont indiqué que l'assuré bénéficiait d'un suivi régulier depuis février 2007, après un suivi de février à juin 2000, puis une reprise de contact en mars 2006 pour un bref suivi. Elles ont en outre exposé les éléments suivants :

«Monsieur N._____ avait présenté une symptomatologie dépressive lors de son premier suivi, réactionnelle à un stress et un surmenage. Ces symptômes avaient bien répondu à la médication, ainsi Monsieur N._____ a pu reprendre son activité professionnelle antérieure et interrompre son suivi.

Nous ne pouvons vous donner des éléments objectifs quant aux circonstances et à la gravité de son accident, ni quant à la longueur de son suivi médical. En effet, Monsieur N._____ n'était pas suivi dans notre unité durant cette période. Par contre, nous avons constaté que Monsieur N._____ a développé, suite à son accident, des symptômes correspondant à un état de stress post traumatique. Il présente un sommeil agité, avec des cauchemars où il revit le même traumatisme. S'il écoute un bruit de machine qui lui rappelle la machine en question, il présente des reviviscences de l'événement et développe alors un état d'angoisse massif. Depuis cet accident, son caractère a beaucoup changé. Il est devenu très irritable, ne supporte ni le bruit, ni la télévision, et il s'est isolé du monde extérieur et de ses amis.

Il semblerait que l'état de santé de Monsieur N._____ se soit dégradé de plus en plus après l'accident, avec des épisodes dépressifs de plus en plus importants (tout d'abord pris en charge par son médecin-traitant). Depuis que Monsieur N._____ a repris son suivi dans notre unité, nous avons observé un état dépressif chronifié, sans amélioration malgré une prise en charge psychothérapeutique de soutien et une médication psychotrope conséquente : Eflexor 225 mg/jour et Dalmadorm 30 mg/jour.

A notre avis, son incapacité de travail est actuellement de 50% à 100% étant donné sa problématique psychiatrique. Vu une chronification de ses troubles, le pronostic nous paraît réservé quant à une amélioration de sa capacité de travail».

Par avis du 16 septembre 2008, le juriste de l'OAI a relevé que sur le plan économique, la conseillère en réadaptation avait estimé que l'assuré n'avait pas la capacité de suivre une formation et que compte tenu de ses limitations fonctionnelles (liées à la seule atteinte aux

poignets), aucune activité non qualifiée ne lui serait accessible. Il a dès lors constaté une divergence avec la CNA laquelle a considéré que dans l'économie, il existait un certain nombre d'activités adaptées aux limitations décrites. Si aucune autre atteinte invalidante que celle de nature accidentelle ne devait être retenue, l'OAI était censé coordonner sa position avec celle de la CNA.

Par avis médical du 3 novembre 2008, le Dr L. _____ du SMR a remis en cause le diagnostic d'état de stress post-traumatique retenu par l'Y. _____, l'accident datant de 2001 et ne revêtant pas un caractère exceptionnellement menaçant ou catastrophique. Avant de procéder à une expertise, le Dr L. _____ a proposé de soumettre à l'Y. _____ un questionnaire en annexant le présent avis.

Dans un rapport du 23 mars 2009 à l'OAI, les Dresses R. _____ et G. _____, médecin-assistante à l'Y. _____ de [...], ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et de modification durable de la personnalité en lieu et place du diagnostic de stress post-traumatique. L'assuré avait en effet vécu un accident au cours duquel une perceuse murale d'un certain poids s'était décrochée et qu'il avait pu éviter en faisant un mouvement, faute de quoi sa vie aurait pu être mise en danger s'il avait reçu un choc au niveau de la tête. L'assuré suivait mensuellement une psychothérapie de soutien et un traitement médicamenteux. Les Dresses R. _____ et G. _____ ont attesté une totale incapacité de travail dès le 5 février 2007, l'incapacité psychiatrique étant au moins présente depuis mars 2006. S'agissant des restrictions mentales, elles ont exposé que le patient était hypersensible à ses limites, qu'elles soient dues à un ralentissement psychomoteur ou à un sentiment d'incapacité avec crainte d'un nouvel échec ou du jugement d'autrui. Il présentait enfin une irritabilité et une hypersensibilité au regard de l'autre.

Par avis médical du 17 avril 2009, le Dr L. _____ a fait part de son étonnement quant au choix de diagnostic qui aurait pu être plus précis et a relevé des contradictions entre la déposition initiale de l'assuré qui ne

rapportait pas de menace vitale contrairement au rapport de l'Y._____. Le Dr L._____ a dès lors préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, laquelle a été réalisée au Q._____ (ci-après : le Q._____) à [...] par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 2 novembre 2009 faisant suite à un examen psychiatrique de l'assuré du 7 juillet 2009, le Dr M._____ a conclu à la présence d'un trouble dépressif lequel ne justifiait ni incapacité de travail, ni diminution de rendement, retenant tout au plus une accentuation des traits narcissiques de personnalité. Il ainsi écarté le syndrome de stress post-traumatique en l'absence des symptômes typiques, ledit diagnostic ayant au demeurant été posé plus de six ans après l'événement traumatique, alors qu'aucun élément dans les rapports antérieurs des différents intervenants ne le laissait présager. L'expert a également exclu le diagnostic de modification durable de la personnalité en fonction de l'histoire médicale, sociale et psychique de l'assuré, mais aussi en raison de l'absence de critères cliniques lors de l'examen. Il a notamment exposé les éléments suivants au chapitre «synthèse et discussion» :

«(...)»

On peut par contre relever que la thématique de l'humiliation est très présente, surtout depuis que l'assuré n'a plus de perspectives d'activité professionnelle. Ceci est humainement bien compréhensible, même si il y a une certaine disproportion par rapport à la réalité. La dépendance vis-à-vis des autres est également difficile à supporter. Ceci se réfère à l'accentuation de certains traits de personnalité, principalement narcissiques, mais il ne s'agit pas d'un trouble. En d'autres termes, on peut s'attendre que l'assuré fasse un effort pour effectuer les tâches que les somaticiens estiment possibles.

On notera que l'assuré s'est toujours occupé de son hygiène, de ses affaires administratives, de ses besoins. Il n'a pas montré de difficultés relationnelles au cours de ses stages, ni lors de l'entretien avec l'expert, ce qui conforte la notion que les difficultés qu'il rencontre (isolement, sentiment de honte) ne sont pas suffisantes pour poser un diagnostic de trouble de personnalité, selon la CIM-10.

Les psychiatres traitants ont également parlé de trouble dépressif récurrent. Les pièces du dossier ne donnent pas suffisamment d'informations pour évaluer l'intensité dépressive lors des épisodes précédents. L'intensité avait été estimée de moyenne par les

intervenants, ceci n'est pas nécessairement incompatible avec un travail.

Un traitement d'Efexor avait été introduit d'abord, puis de Reméron. Il est mentionné un échec à divers antidépresseurs. On ne comprend pas pourquoi, contrairement à 2000, il n'y aurait pratiquement pas eu d'effet, par ailleurs nous n'avons pas trouvé d'indication si un monitoring médicamenteux avait été pratiqué pour comprendre la non réponse thérapeutique.

On relève qu'il y a eu un suivi bref en 2000, puis un intervalle libre de 6 ans, avec un suivi bref à nouveau en 2006 et une reprise régulière en février 2007, soit peu après la fin du paiement des indemnités journalières par la SUVA.

Le trouble récurrent est possible, mais pas démontré, l'intensité n'est pas non plus certaine».

Par avis médical du 25 novembre 2009, le Dr L._____ a considéré que l'expertise était médicalement probante et qu'il n'avait pas de raison de s'écarter de ses conclusions. Il a dès lors maintenu une exigibilité de 100% dans une activité adaptée.

Le 5 janvier 2010, une spécialiste en réinsertion à l'OAI a procédé au détail du calcul du salaire exigible. Le revenu sans invalidité a été fixé à 54'275 fr. à 100% en 2003 selon un rapport de l'employeur du 7 mars 2003. Un revenu d'invalidité de 49'084 fr. 20 a été retenu sur la base des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), niveau de qualification 4 en 2003 et d'un abattement de 15%. Il a en outre été relevé que les Description des postes de travail (ci-après : DPT) de la CNA correspondaient aux limitations fonctionnelles et que des entreprises, tels que [...], [...] et [...] proposaient des postes légers similaires, soit une activité de surveillance sans port de charge de manière répétée.

Par projet de décision du 4 février 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} juin 2002 (fin du délai d'attente d'un an) au 3 novembre 2004 (soit trois mois après le début du versement des indemnités journalières), la rente étant réduite durant la période de versement de l'indemnité journalière AI conformément à l'art. 47 LAI. Il a considéré qu'à l'échéance du délai d'attente d'un an, l'assuré présentait encore une incapacité de travail à

100%. Son état de santé s'était ensuite amélioré et permettait dès le 30 janvier 2003 l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à un taux de 100%. Dès le 3 août 2004, des mesures d'ordre professionnel avaient été mises en place avec versement de l'indemnité journalière AI. Afin de déterminer le préjudice économique et par conséquent le degré d'invalidité présenté à la fin de la mesure, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré en se référant aux revenus mis en évidence par la CNA. Il a estimé le revenu annuel sans invalidité à 56'745 fr. en qualité de monteur électricien et le revenu d'invalidité à 45'963 francs. La comparaison des revenus mettait en évidence une perte de gain de 10'782 fr, correspondant à un taux d'invalidité de 19%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Le 2 mars 2010, l'assuré, par l'intermédiaire de Procap, a contesté le projet de décision précité, alléguant qu'il n'avait aucune capacité de gain ni dans l'économie, ni dans un milieu protégé. Se référant au rapport du 22 mars 2006 de la REA, il a conclu à la reconnaissance du droit à une rente basée sur un taux d'invalidité de 100% dès le 1^{er} juin 2002 non limitée dans le temps. À l'appui de ses objections, il a transmis par la suite un courrier des Drs P._____, médecin adjoint à l'Y._____, et G._____ du 9 juillet 2010 adressé à son mandataire, lesquels ont retenu le diagnostic de modification durable de la personnalité estimant que l'assuré avait subi un stress excessif et prolongé.

Par courrier du 31 mai 2010 à l'assuré, l'OAI a confirmé que suite à l'échec d'une nouvelle formation professionnelle, la conseillère en réadaptation de l'OAI avait estimé que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer une activité lucrative dans l'économie. Cette prise de position n'excluait toutefois pas de tenir compte du fait que les limitations en question n'empêchaient pas l'utilisation des deux mains, rappelant que l'assuré avait ainsi effectué des tâches manuelles avec un rendement de 60% lors de son premier stage d'évaluation. La spécialiste en réinsertion a fait état de postes dans l'industrie légère, sans port de charges de manière répétée et consistant avant tout en des tâches de surveillance. L'OAI a évoqué au surplus des tâches simples de surveillance, de

vérification ou de contrôle ou d'autres consistant à approvisionner et à surveiller des machines ou des unités de production automatiques ou semi-automatiques.

Par décision du 18 octobre 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 4 février 2010. Il a procédé à une nouvelle évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré en se référant à ses propres chiffres, selon le calcul précité du 5 janvier 2010. Il a estimé le revenu annuel sans invalidité à 54'275 fr. en qualité de monteur-électricien et le revenu d'invalidité à 49'084 francs. La comparaison des revenus mettait en évidence une perte de gain de 5'191 fr., correspondant à un taux d'invalidité de 9%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

c) Dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents, le Dr F. _____ a, dans son appréciation du 6 avril 2006 faisant suite à un nouvel examen de l'assuré, constaté la persistance d'une importante limitation fonctionnelle et d'une forte diminution de la force de préhension, relevant que son appréciation de l'atteinte à l'intégrité et de l'exigibilité était identique à celle relevée dans ses précédents rapports des 14 et 19 août 2003.

Par décision sur opposition du 20 mai 2008 confirmant une décision du 18 juillet 2007 de la CNA [...], la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 19% d'un montant mensuel de 718 fr. 75, basée sur un gain annuel assuré de 56'745 fr., avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2007.

Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 1^{er} novembre 2010 (AA 73/08 - 131/2010), admis le recours et renvoyé la cause à la CNA afin qu'elle procède à une nouvelle évaluation de l'invalidité, - les DPT versées au dossier étant incompatibles avec les limitations retenues par le Dr F. _____ -, reconnaissant au surplus que les troubles psychiques affectant l'assuré n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident assuré.

Reprenant l'instruction du dossier, la CNA a rendu le 16 juin 2011 une décision sur opposition confirmant une décision du 2 mars 2011 et a fixé le taux d'invalidité à 21% dès le 1^{er} janvier 2007 compte tenu d'un revenu mensuel sans invalidité de 4'750 fr. et d'un revenu mensuel avec invalidité de 3'743 fr. par mois.

Ce prononcé a fait l'objet d'un recours devant la Cour de céans laquelle l'a rejeté par arrêt séparé de ce jour (AA 75/11 - 35/2014).

B. Par acte de son mandataire du 12 novembre 2010, N. _____ recourt contre la décision du 18 octobre 2010 rendue par l'OAI, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à la constatation de son droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juin 2002 non limitée dans le temps et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Il soutient que sa capacité de travail résiduelle est inexploitable sur le marché du travail équilibré se référant au rapport de la REA du 22 mars 2006. Il conteste le calcul du préjudice effectué par l'intimé sur la base des salaires statistiques, car il est parti du principe qu'il existait des places de travail adaptées, ce qui n'est pas le cas. Il allègue enfin que l'instruction médicale du dossier est insuffisante, dès lors qu'il existe des limitations fonctionnelles liées aux problèmes dorsaux, respiratoires et psychiques susceptibles de diminuer sa capacité de travail. Il sollicite dès lors une expertise pluridisciplinaire tenant compte de l'ensemble de ses problèmes, ajoutant au demeurant que les pièces du dossier sont anciennes.

Par courrier du 26 janvier 2011, le recourant transmet un rapport de l'ergothérapeute T. _____ du 17 janvier 2011 concluant à une faible capacité de travail résiduelle en raison de l'augmentation des douleurs aux poignets à la mobilisation, les amplitudes et la force étant qualifiées de déficitaires.

Dans sa réponse du 16 février 2011, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Il se réfère à son courrier du 31 mai 2010, à la fiche du 5 janvier 2010 relative au détail du calcul du salaire exigible, à l'avis du juriste du 16 septembre 2008, ainsi qu'à l'avis du SMR du 25 novembre 2009. Il estime que le rapport d'ergothérapie produit n'est pas de nature à jeter un doute sérieux sur son analyse médicale de la situation.

Dans sa réplique du 10 mars 2011, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise réalisée par le Q._____. Sur le plan économique, il conteste la détermination du revenu d'invalidé en se référant aux données ESS relatives à des activités simples et répétitives dans le secteur privé, compte tenu de ses limitations fonctionnelles aux deux poignets. Si l'avis de la division de réadaptation ne constitue pas une décision finale, il reflète toutefois ses possibilités réelles de réinsertion sur un marché du travail équilibré. Il produit un rapport du 7 mars 2011 de la Dresse J._____ (laquelle exerce désormais une activité de médecin généraliste au [...]), faisant état d'une symptomatologie psychiatrique datant de plusieurs années et qualifiée de stationnaire. Compte tenu du pronostic réservé surtout au vu du dernier échec aux ateliers [...], cette praticienne a conclu à une totale incapacité de travail.

Dans sa duplique du 7 avril 2011, l'intimé confirme les conclusions prises dans le cadre de sa réponse. Le fait que le port de charge ne soit finalement envisageable qu'à raison de 3 kg n'est pas de nature à restreindre ou à empêcher l'exercice d'activités telles que mentionnées dans son courrier du 31 mai 2010. S'agissant de l'aspect psychiatrique, l'intimé se réfère notamment au rapport d'expertise du Q._____ du 2 novembre 2009 et à l'avis du SMR du 25 novembre 2009. Les rapports produits ultérieurement par le recourant n'ont pas fait état d'une modification significative de la situation depuis l'été 2009.

Le 27 septembre 2012, le recourant fournit des déterminations complémentaires et produits divers documents en lien avec la procédure en matière d'assurance-accidents.

Le 4 octobre 2012, l'intimé renonce à formuler des observations.

Le 7 novembre 2012, la mandataire du recourant fournit un résumé de ses activités et réitère sa demande d'expertise pluridisciplinaire.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le recourant présente une incapacité de travail justifiant le maintien du droit à la rente au-delà du 3 novembre 2004, singulièrement celle de l'évaluation de l'invalidité à laquelle l'intimé a procédé. En effet, il ressort de la décision attaquée du 18 octobre 2010, que l'intimé a reconnu au recourant le droit

à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} juin 2002 au 3 novembre 2004, la rente étant réduite durant la période de versement de l'indemnité journalière AI conformément à l'art. 47 LAI. Ce dernier conclut à l'annulation de cette décision, principalement au versement d'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps.

3. Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à la rente doit être examiné après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (cf. au surplus pour le droit transitoire : TF 8C_254/2010 du 15 septembre 2010 consid. 2; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; ATF 130 V 445). En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de

longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 $\frac{2}{3}$ % au moins, à une demie-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1).

En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à

disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées).

5. a) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à

une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à

la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

b) Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2).

c) Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2).

6. Dans un premier moyen, le recourant critique la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Q._____, il observe qu'une

expertise pluridisciplinaire aurait dû être mise en œuvre laquelle aurait permis de définir l'exigibilité en tenant compte de l'ensemble des atteintes somatiques et psychiques dont il souffre.

a) En l'occurrence, il s'avère que seule l'affection aux deux poignets a motivé le dépôt d'une demande de prestations AI et l'octroi d'une rente entière.

Le recourant a été victime d'un accident professionnel le 26 juin 2001 qui a entraîné une dissociation scapho-lunaire majeure aux deux poignets. Il a bénéficié d'une reconstruction ligamentaire scapho-lunaire au poignet droit le 6 septembre 2001 et au poignet gauche le 21 mars 2002, ainsi qu'une ablation des broches le 14 mai 2002. Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure de reprendre l'activité habituelle de monteur-électricien compte tenu des atteintes aux deux poignets. D'un point de vue médico-théorique, le SMR s'est référé à des activités légères, excluant le port de charges de plus de 5 kg, les travaux répétitifs au niveau des deux membres supérieurs et les mouvements contre résistance (rapport du 11 novembre 2003). Il a dès lors considéré que le recourant ne présentait pas de réduction de sa capacité de travail (que ce soit en temps ou en rendement) et ce, dès janvier 2003 (date du rapport du Dr W._____ du 30 janvier 2003). Cet avis est partagé par le Dr W._____ qui a admis qu'une activité sans sollicitation nouvelle (lourde ou répétitive) était envisageable (rapport du 30 janvier 2003). Le Dr F._____, quant à lui, a finalement considéré dans son appréciation médicale du 19 août 2003 relative à l'exigibilité que le recourant était en mesure de reprendre une activité ne nécessitant pas de port de charges lourdes, de force au niveau des deux mains et ce, dans le cadre d'un horaire normal de travail avec un rendement de 100%. Il a toutefois précisé que le port de charges ne pouvait excéder 3 kg (appréciation médicale du 14 août 2003), précision à laquelle s'est rallié l'intimé dans le cadre de sa duplique du 7 avril 2011, compte tenu de l'arrêt rendu par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 1^{er} novembre 2010 cité plus haut et que le recourant n'a pas contesté.

Dans son recours, l'assuré estime qu'il convient de tenir compte d'autres pathologies somatiques, argument qui n'emporte toutefois pas la conviction de l'autorité de céans. En effet, le Dr K._____, médecin traitant de l'assuré, n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail de son patient, précisant tout au plus que les diagnostics de diabète et d'asthme n'avaient aucune influence sur sa capacité de travail (rapport médical du 17 mars 2008). Le Dr H._____, pneumologue, a exposé qu'une activité ne demandant pas d'effort physique pouvait être raisonnablement exigée sans restriction, les activités physiques dans un environnement poussiéreux avec exposition au froid ou au chaud devant être évitées (courrier du 11 juillet 2007). Quant au syndrome d'apnées du sommeil, le Dr I._____ du SMR a indiqué qu'au vu des valeurs mesurées, les restrictions étaient quasiment inexistantes, seuls les métiers comme pilote de ligne ou chauffeur de car pouvant provoquer des risques pour la collectivité publique, professions qui ne sauraient toutefois être considérées en l'espèce comme des activités adaptées (note interne de l'OAI du 20 septembre 2006). Dans le cadre de son recours, l'assuré a allégué qu'il souffrait de douleurs lombaires, argument qui doit être écarté en l'absence de tout document médical attestant une quelconque incapacité de travail pour ce motif.

Le recourant ne présente dès lors pas d'atteinte physique invalidante autre que celle attestée aux deux poignets, raison pour laquelle un complément d'expertise sur ce point se révèle superflu.

b) Le recourant invoque enfin l'existence d'une pathologie psychiatrique. Il ressort du dossier qu'après un suivi de février à juin 2000, puis une reprise de contact en mars 2006, l'assuré a bénéficié d'un suivi régulier depuis février 2007 auprès de l'Y._____ de [...], puis auprès de la Dresse J._____ depuis le 1^{er} octobre 2009. Dans un premier temps, l'Y._____ a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (rapport du 6 août 2008). Puis, après avoir pris connaissance de l'avis médical du SMR du 3 novembre 2008, l'Y._____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode moyen et de

modification durable de la personnalité développés progressivement depuis un accident de travail survenu le 26 juin 2001 (rapport du 23 mars 2009). Dans son rapport d'expertise du 2 novembre 2009, le Dr M. _____ a expliqué pour quels motifs il ne pouvait retenir les diagnostics précités, après avoir pris connaissance des rapports de l'Y. _____ des 6 août 2008 et 23 mars 2009. Il a ainsi constaté que le recourant reconnaissait lui-même que l'accident en soi avait été banal et qu'à aucun moment, il n'avait eu peur pour son intégrité physique. Il n'avait pas non plus développé par la suite de symptômes typiques d'un état de stress post-traumatique, diagnostic finalement posé six ans après l'événement traumatique, en l'absence d'éléments dans ce sens dans les rapports antérieurs des différents intervenants. L'expert a dès lors exclu le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. En outre, s'il a clairement relevé l'accentuation de certains traits de personnalité, principalement narcissiques, il a toutefois conclu qu'ils ne constituaient pas un trouble. Il a également relevé que l'on pouvait attendre du recourant qu'il fasse un effort pour effectuer les tâches que les somaticiens estimaient possibles. A ce propos, il a rappelé que le recourant s'était toujours occupé de son hygiène, de ses affaires administratives et de ses besoins. Il n'avait en outre pas montré de difficultés relationnelles au cours de ses stages, ni lors de l'entretien avec l'expert, ce qui confortait la notion que les difficultés qu'il rencontrait (isolement, sentiment de honte) n'étaient pas suffisantes pour poser un diagnostic de trouble de personnalité, selon la CIM-10. S'agissant du trouble dépressif, l'expert a rappelé que l'intensité avait été qualifiée de moyenne par les intervenants, ce qui n'était pas nécessairement incompatible avec un travail. L'expert a toutefois conclu à la présence d'un épisode dépressif léger compte tenu de l'observation clinique montrant une humeur triste, mais pas effondrée, sans idées noires, ni idées suicidaires, ni troubles de l'attention-concentration, ni troubles de la mémoire. L'expert a toutefois conclu que ce diagnostic ne permettait pas la reconnaissance d'une incapacité de travail.

Le rapport d'expertise psychiatrique du 2 novembre 2009 du Dr M. _____ repose sur des examens complets et son contenu répond en

tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des expertises médicales (ATF 134 V 231 et 125 V 351). Les conclusions de l'expert se fondent sur un entretien avec le recourant, sur l'ensemble du dossier de l'intimé, y compris les rapports médicaux des psychiatres traitants. L'expert a également décrit et pris en considération les plaintes exprimées par le recourant. Les raisons pour lesquelles des signes dépressifs d'un degré léger selon la terminologie de la CIM-10, sont les mieux à même de décrire la psychopathologie du recourant, ont fait l'objet d'une démonstration convaincante. Il en va de même des raisons pour lesquelles l'expert considère que l'on peut écarter d'autres troubles psychiatriques et en particulier un état de stress post-traumatique, ainsi qu'une modification durable de la personnalité. A cet égard, le recourant semble méconnaître le fait que la fixation de la gravité d'un trouble dépressif ou d'un trouble de la personnalité par exemple, ainsi que leur évolution est, par essence, toujours le fruit de l'exercice du pouvoir d'appréciation. C'est ainsi que le caractère fiable de constatations psychiatriques est très limité, en particulier lorsque les diagnostics portent sur des troubles dépressifs mis en évidence par des médecins traitants ou lors de situations de crise. Il s'ensuit que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique ne serait justifiée que dans l'éventualité où l'appréciation des médecins de l'Y._____ ou de la Dresse J._____ devait contenir des éléments objectifs mettant en doute les conclusions de l'expert M._____ quant aux répercussions des troubles présentés sur la capacité de travail du recourant, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence. En effet, les rapports de l'Y._____ du 9 juillet 2010 et de la Dresse J._____ du 7 mars 2011 ne sont pas suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert, la Dresse J._____ n'étant au demeurant pas une spécialiste en psychiatrie (cf. rapport de la Dresse J._____ du 7 mars 2011). Quant aux médecins de l'Y._____, ils ont de manière constante fait état du diagnostic de modification durable de la personnalité (rapports des 23 mars 2009 et 9 juillet 2010), y compris à l'époque de l'expertise psychiatrique du recourant par le Q._____, lequel a clairement expliqué les motifs pour lesquels un tel diagnostic ne pouvait être retenu.

c) Au vu des éléments précités, l'intimé était dès lors fondé à conclure que le recourant était en mesure d'exercer une activité adaptée dès le mois de janvier 2003, après avoir présenté une totale incapacité de travail dans toute activité dès le 26 juin 2001 justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2002.

7. Il convient dès lors d'examiner l'incidence de ce changement dans la capacité de travail du recourant sur le taux d'invalidité qu'il présente, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En d'autres termes, il s'agit de déterminer la perte de gain que subirait le recourant dans l'exercice d'une activité médicalement exigible. La comparaison doit se faire au regard de la situation prévalant en janvier 2003, dès lors que l'amélioration de la capacité de travail remonte à cette période (ATF 129 V 233 consid. 4.2 ; art. 88a al. 1 RAI).

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, consid. 2a et 2b).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la

décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, pp. 205 et 206).

b) In casu, en tant que le recourant critique le montant du revenu sans invalidité retenu par l'intimé, le grief doit être écarté. Il ressort du questionnaire complété par l'employeur le 7 mars 2003, que le recourant aurait perçu en 2003 en qualité de monteur-électricien un salaire de 4'175 fr. versé 13 fois l'an. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a fixé le revenu que le recourant aurait pu réaliser sans invalidité à 54'275 francs. Ce montant est inférieur à celui finalement retenu par la CNA (57'000 fr.), laquelle a procédé à la comparaison des revenus en 2006. Cette différence n'a toutefois aucune influence sur le droit à la rente.

c) Pour déterminer le revenu d'invalidé du recourant, il convient en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de tenir compte de l'activité de substitution que pourrait exercer l'assuré, le salaire de référence étant celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 4) dans le secteur privé, à savoir 54'684 fr. par année (ATF 124 V 321; ESS 2002, TA1, p. 43). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2003 (41,7 heures; La Vie économique, 9-2005, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 57'008 fr. 05. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes de l'année 2003 (1,4 %; La Vie économique, 9-2005, p. 91, B10.2), on obtient un revenu annuel de 57'806 fr. 20. Compte tenu des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier, l'abattement de 15% retenu par l'intimé paraît approprié, si bien que le gain annuel d'invalidé se monte à 49'135 fr. 30. L'intimé est parvenu à un montant quasi identique, soit de 49'084 fr. 20, hypothèse plus favorable au recourant.

Il s'ensuit que la comparaison des revenus aboutit, dans l'hypothèse la plus favorable au recourant, à un taux d'invalidité de 9,56%

arrondi à 10% (ATF 130 V 121), soit à un taux inférieur à la limite de 40% ouvrant droit à un quart de rente (cf. art. 28 al. 1 aLAI). Au demeurant, même en appliquant l'abattement maximum de 25% admis par la jurisprudence (ATF 126 V 75), le degré d'invalidité, arrondi, se monterait à 20% et n'ouvrirait donc aucun droit à une rente.

8. Le recourant considère qu'il ne peut concrètement pas exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail et reproche dès lors à l'intimé de ne pas avoir suivi les conclusions du rapport du 22 mars 2006 de la REA, laquelle a conclu à l'absence de capacité de gain tant dans l'économie qu'en milieu protégé.

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir 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 économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

b) Compte tenu des limitations fonctionnelles présentées par le recourant (pas de travaux répétitifs au niveau des deux membres supérieurs, ni de port de charges de plus de 3 kg, ni de mouvements contre résistance), on doit admettre que les activités simples de surveillance, de vérification ou de contrôle ou d'autres activités consistant à approvisionner et à surveiller des machines ou des unités de production automatiques ou semi-automatiques, telles que décrites par l'intimé sont compatibles avec son handicap (courrier du 31 mai 2010 de l'OAI au recourant). En tenant compte du large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux limitations du recourant apparaissent suffisantes pour admettre qu'il puisse mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique. Il est vrai que suite à l'échec de la formation en bureautique, une conseillère en réadaptation a estimé – dans le cadre d'un rapport du 22 mars 2006 relatif à l'accessibilité du recourant à une formation intellectuelle – que ce dernier n'était plus en mesure d'exercer une activité lucrative dans l'économie. Ce point de vue s'est avéré incomplet, le recourant étant capable d'utiliser ses mains en respectant les limitations décrites tant par le SMR que le Dr F._____. En définitive, la Cour de céans ne saurait dès lors fonder son jugement sur le travail que le recourant s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tel qu'il ressort des rapports médicaux ayant valeur probante. Enfin, conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c; 113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003, consid. 2 et les références citées).

9. Ainsi, au regard de la jurisprudence exposée ci-dessus, les griefs développés par le recourant à l'appui de son recours ne permettent pas d'établir une violation du droit fédéral. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a octroyé une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2002 (soit à l'issue du délai d'attente d'un an) et uniquement jusqu'au 3 novembre 2004 (soit trois mois après le début du versement des indemnités journalières lors du stage d'observation au CIP; solution favorable au recourant, le SMR ayant fixé la reconnaissance d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée au mois de janvier 2003), la rente étant réduite durant la période de versement de l'indemnité journalière AI conformément à l'art. 47 LAI.

10. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 18 octobre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, service juridique, à Bienne (pour N. _____, à [...]),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à [...],
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :