

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 avril 2015

Présidence de M. NEU
Juges : MM. Küng et Monod, assesseurs
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,
avocate, à Lausanne,

et

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

Art. 8 et 16 LPGA ; art. 8, 17, 28 et 28a al. 1 LAI.

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant kosovar né en 1978, est entré en Suisse en 2003. Il a exercé depuis lors des activités intérimaires dans le secteur du bâtiment, avant d'être engagé dès septembre 2006 pour une durée indéterminée en qualité de manœuvre par la société de génie civil P._____SA contre une rémunération annuelle de 62'400 francs.

En date du 9 mai 2007, alors qu'il se trouvait occupé sur un chantier, l'assuré a été victime d'un accident à la main gauche, la manipulation d'une pelleteuse par un collègue lui ayant arraché le pouce.

Il a été pris en charge immédiatement par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, ainsi qu'en chirurgie de la main, auprès de la Clinique F._____ où il a été opéré et hospitalisé durant quelques jours, sous suite d'incapacité totale de travail.

Le sinistre a été annoncé par P._____SA le 10 mai 2007 à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) qui a assumé les conséquences financières de l'accident.

L'assuré, des suites de complications, a subi plusieurs interventions chirurgicales ambulatoires, dont l'amputation partielle du pouce de la main gauche, lesquelles ont été réalisées par le Dr N._____. En parallèle, il a développé des troubles psychologiques, le spécialiste précité l'ayant adressé à la consultation psychiatrique du Centre hospitalier D._____.

B. Sur incitation de la CNA, l'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 27 novembre 2007.

L'OAI a requis un tirage du dossier constitué par la CNA, contenant le rapport d'examen final du 29 mai 2008 du médecin d'arrondissement, le Dr X._____, un rapport de l'employeur de l'assuré, ainsi qu'un rapport médical initial de la part du Dr N._____, complété le 30 juillet 2008. Ce dernier, faisant état d'une « amputation du pouce gauche » au niveau de la première phalange, a préconisé la poursuite de l'incapacité totale de travail débutée le 9 mai 2007 et rappelé l'évolution somatique défavorable de son patient qui avait nécessité plusieurs interventions secondaires à la réimplantation de son pouce. Il a mis en exergue une « dégradation majeure de l'état psychologique » prise en charge au sein du Centre hospitalier D._____ par le Dr J._____, chef de clinique et spécialiste en psychiatrie et psychotérapie. Il a en outre concédé ne pas être en mesure de se prononcer sur les capacités professionnelles résiduelles de l'assuré.

C. L'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité de l'assuré à l'échéance du délai d'attente d'un an, soit au 9 mai 2008, sur la base d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Retenant un revenu sans invalidité de 62'400 fr., il l'a comparé à un revenu hypothétique d'invalidé fondé sur les statistiques salariales, diminué de 10% pour tenir compte des restrictions liées à l'état de santé, et mis à jour un taux d'invalidité de 11%. L'OAI a sur ces bases émis un projet de décision le 30 juillet 2008, niant à l'assuré le droit à une rente d'invalidité.

L'assuré a contesté ce projet par écriture du 14 août 2008, soulignant sa prise en charge psychiatrique auprès du Dr J._____ à compter _____ du 29 juin 2007, dont l'OAI devrait tenir compte aux termes de sa future décision.

Le Dr J._____ a fait parvenir son rapport à l'OAI en date du 2 septembre 2008, où il a mentionné les diagnostics d'un « état de stress post-traumatique (F43.1) » et d'un « épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F.32.11) », ainsi que le maintien d'une incapacité

totale de travail. Tout en annexant ses précédents rapports adressés à la CNA, il a par ailleurs relaté ce qui suit :

« [...] On constate une asthénie, une anhédonie, une aboulie, une diminution de la concentration allant jusqu'à une difficulté à suivre un article dans le journal ou l'intrigue d'un film ou du téléjournal. [L'assuré] décrit une diminution de l'intérêt pour les activités de loisirs. On constate un ralentissement psychomoteur modéré et une baisse de la libido avec une absence de rapports depuis quelques mois. Concernant les symptômes liés au traumatisme de manière plus directe, le patient décrit la présence de flash-back, notamment les circonstances lui rappelant l'accident ou la réimplantation échouée de son pouce. Le patient se réveille fréquemment la nuit avec des cauchemars avec pour thématique l'amputation. Il décrit une irritabilité importante et une intolérance à la frustration. Le patient présente également une dévalorisation et un sentiment d'inutilité. [...]

Le pronostic est réservé en raison de la durée des symptômes et de leur faible évolution 15 mois après le traumatisme subi. Cependant, certaines alternatives thérapeutiques sont encore en voie d'exploration. Notons principalement que nous avons décidé d'augmenter le traitement antidépresseur récemment à raison actuellement de 60 mg/j. de Citalopram depuis le 26.08.08. Par ailleurs, en plus de la réadaptation de la rééducation somatique nous avons proposé à [l'assuré] un suivi ergothérapeutique à visée réhabilitative psychologique, traitement qui devrait commencer au courant du mois de septembre de cette année. Ce suivi nous permettrait également de voir quelles sont les capacités actuelles et les conséquences de ces symptômes sur sa capacité de travail actuelle. [...] »

Dans un avis du 19 novembre 2008, les Drs G._____ et V._____, médecins auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ont retenu que l'assuré pouvait théoriquement exercer depuis fin mai 2008 une activité lucrative adaptée à son état de santé somatique à plein temps ; en revanche, ils ont relevé que dite capacité était totalement entravée pour toutes activités au motif d'une « pathologie psychiatrique incapacitante ». Ils ont toutefois requis l'actualisation des éléments médicaux.

Par communication du 5 février 2009, la CNA a mis fin au paiement des indemnités journalières et des soins médicaux avec effet au 28 février 2009, à l'exception de la couverture de deux séries de neuf séances de physiothérapie et d'ergothérapie par année.

Le Dr J._____ a complété un rapport intermédiaire à l'attention de l'OAI le 14 avril 2009, mettant en exergue une situation « stationnaire concernant l'état de stress post-traumatique (F43.1) » et « légèrement défavorable concernant l'épisode dépressif », accompagnée d'une péjoration des symptômes, ayant retardé la mise en œuvre du traitement ergothérapeutique. Du fait de cette dégradation, il a précisé retenir le diagnostic d'un « épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F33.2) ». Il a estimé au surplus que la capacité de travail de son patient demeurait nulle.

Par décision du 27 avril 2009, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 19% à compter du 1^{er} mars 2009. Elle l'a considéré comme doté d'une pleine capacité de travail dans une activité légère respectant les limitations de son membre supérieur gauche selon l'avis du Dr X._____ du 29 mai 2008 tout en niant le lien de causalité entre les troubles psychogènes et l'accident du 9 mai 2007 au-delà du 28 février 2009. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12,5% a par ailleurs été allouée à l'assuré, conformément à l'appréciation du Dr X._____.

Sollicité pour avis, les Drs G._____ et V._____ ont observé en date du 11 juin 2009 la nécessité d'organiser une expertise psychiatrique de l'assuré.

Selon communication de l'OAI du 17 juillet 2009, le mandat corrélatif a été confié au Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a procédé à l'étude des pièces du dossier, à un examen clinique de l'assuré et fait effectuer un dosage plasmatique des médicaments. Il a établi son rapport le 19 octobre 2009, prenant en compte les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail :

- Statut après état de stress post-traumatique (F43.1).
- Episode dépressif entre léger et moyen (F32.00 et F32.10).
- Trouble anxieux sans précision (F41.9).

Sous rubrique « Appréciation du cas et pronostic », l'expert a précisé ce qui suit :

« [...] Rien dans l'anamnèse ni dans le vécu de l'assuré [ne] nous [fait] penser à une maladie psychiatrique ou au développement d'un trouble de la personnalité aigu ou grave pendant l'enfance ou l'adolescence. [...]

L'assuré a réagi à l'accident de sa main gauche avec ultérieure amputation du pouce par des signes et symptômes d'un état de stress post-traumatique avec peur de mourir, remémoration de l'événement traumatique, réveils répétitifs, puis ce tableau a été péjoré par l'apparition de symptômes dépressifs secondaires vraisemblablement à l'amputation de son pouce, ce que l'assuré a vécu comme une castration dans son identité masculine avec un fort sentiment d'infériorité au moment où sa femme venait d'accoucher d'un petit garçon.

Au moment de l'entretien, il n'y a plus de signes d'un trouble post-traumatique, bien que l'assuré ressente de l'anxiété lorsqu'il évoque l'accident mais il est capable de raconter les détails, il y a donc des émotions bien présentes mais que l'assuré arrive à gérer.

Avec l'Efexor, lui-même reconnaît qu'il se sent beaucoup mieux qu'avec le Citalopram. Les symptômes dépressifs ont donc bien régressé et actuellement on peut parler d'un épisode dépressif plutôt léger avec tristesse, trouble de la concentration plutôt léger, sentiment d'infériorité et de dévalorisation et troubles du sommeil.

Si nous observons une journée habituelle dans la vie de l'assuré, il a un comportement incompatible avec un état dépressif sévère [...].

L'assuré me semble être plus dans une attitude de régression que souffrant d'un état dépressif bien qu'il ne faille pas mettre de côté l'atteinte narcissique de l'assuré après l'amputation de son pouce gauche.

Dans une activité professionnelle adaptée à l'absence du pouce gauche, la capacité de travail me semble, du point de vue psychiatrique, être de 100% et ceci probablement depuis l'introduction de l'Efexor, soit environ trois mois depuis la date de l'entretien d'expertise.

Le pronostic est bon, l'assuré a des ressources psychologiques. [...] »

L'assureur perte de gain de P. _____ SA, la M. _____ SA, a également diligenté une expertise psychiatrique de l'assuré, réalisée par le

Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, les 3 et 4 décembre 2009. La M. _____ SA a fait parvenir à l'OAI le rapport correspondant daté du 7 décembre 2009, où le Dr S. _____ a confirmé les diagnostics pris en considération par le psychiatre traitant de l'assuré, le Dr J. _____, à savoir ceux d'un « état de stress post-traumatique (F43.1) » et d'un « épisode dépressif moyen sans syndrome somatique

(F32.10) ». L'expert a en outre fait part de ses observations et conclusions en ces termes :

« [...] Nous sommes en présence d'une personne de 31 ans, chez qui on ne relève pas, au cours du développement psycho-affectif, d'événements ou de conditions défavorables ayant pu interférer avec le processus de mise en place de la personnalité. [...]

[L'assuré] ne souffre pas d'une personnalité pathologique au sens des critères des classifications psychiatriques officielles (CIM, DSM). En effet, on ne relève pas de dysfonctionnements durables dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel depuis l'adolescence au plus tard, dysfonctionnements se manifestant dans tout type de situations et qui auraient pu être à l'origine d'une souffrance personnelle ou d'un impact nuisible sur l'environnement social. Cela se reflète par le fait que l'assuré ne signale pas de souffrance psychique avant 2007, cela se reflète par le fait qu'il a été à même de s'intégrer dans le monde du travail ; plus particulièrement, il ne s'avère pas que les changements d'emploi aient été en lien avec une quérulence ou avec des comportements dysfonctionnels menant à des licenciements systématiques. Enfin, sur le plan sentimental, [l'assuré] a été à même de s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme avec sa femme.

Ce qui précède signifie que les critères généraux pour la présence d'une personnalité pathologique ne sont pas vérifiés. A fortiori, un diagnostic de trouble de la personnalité spécifique ne peut pas être retenu.

[...] [L'assuré] a été confronté à un événement stressant exceptionnel, représentant une menace pour sa propre intégrité physique. Actuellement, le facteur de stress est constamment remémoré, cela au vu de la persistance de cauchemars, même si leur fréquence a un peu diminué (toutes les nuits au début ; trois fois par semaine actuellement). Sont également présentes des réviviscences diurnes, envahissantes. Ainsi, par exemple, au cours de l'entretien d'expertise du 3 décembre 2009, le fait de relater les circonstances de l'accident a été à l'origine d'une détresse marquée avec une angoisse prononcée, une transpiration, des tremblements, une difficulté respiratoire et une incapacité à rester assis. Il existe des comportements d'évitement en ce sens que l'assuré dit avoir un sentiment de panique à l'idée de retourner sur le lieu où s'est produit l'accident. Ou encore, il explique que la vue de machines de chantier, et en particulier de pelleteuses, est à l'origine d'une crainte avec la manifestation de palpitations ainsi que d'une transpiration. [...] Enfin, relevons des difficultés d'endormissement, pour lesquelles un traitement anxiolytique benzodiazépinique (clorazépate, Tranxilium®) a du être modifié au profit d'un neuroleptique-anxiolytique (quétiapine, Seroquel®). Il existe une irritabilité marquée (par exemple, au cours des entretiens d'expertise psychiatrique du 3 et 4 décembre 2009, l'assuré a visiblement fourni un effort important pour ne pas s'emporter), une nervosité, une tension prononcée, ainsi qu'une hypervigilance.

Ce qui précède signifie que les critères A., B., C. et D. pour la présence d'un état de stress post-traumatique sont vérifiés.

Cet état est d'une intensité telle que l'aptitude au travail est actuellement nulle. Plus particulièrement, les limitations fonctionnelles psychiques en lien avec l'état de stress post-traumatique sont constituées par l'irritabilité qui handicape l'assuré dans ses relations à autrui, les sentiments de colère et d'hostilité, ainsi que par l'angoisse qui accompagne l'état de stress post-traumatique. Celle-ci se manifeste avant tout lors de situations ressemblant à des événements traumatiques ou de pensées ayant trait à ce sujet et elles sont à l'origine d'une perturbation intermittente des processus psychiques (troubles de la concentration et diminution de l'aptitude à penser).

Les limitations fonctionnelles sont prononcées. Parle en faveur de cela également la fréquence relativement élevée du suivi psychiatrique, le fait que l'entretien d'expertise a dû être interrompu à plusieurs reprises, ou encore par exemple le fait que l'ergothérapie n'a pas pu débuter avant 3-4 semaines.

[...] Actuellement, [l'assuré] présente une humeur modérément déprimée avec un découragement, un discours systématiquement négatif, une amimie, un léger abattement, mais l'absence de tristesse franche, l'absence de pleurs, ainsi qu'une gestuelle et une modulation de la voix conservées. Il existe par contre une anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir), en ce sens que si le fait de regarder des films ou le football sont source d'une relative satisfaction, cela a surtout lieu « pour passer le temps ». En effet, dans le passé, les activités source de plaisir étaient le football, le vélo, le cinéma, la littérature, la vie sociale, les sorties, la musique ainsi que le chant et la danse traditionnelle. Est rapportée une diminution de l'énergie. Sont également présentes une perte de la confiance en soi, des idées noires ainsi qu'une perte de l'appétit. [...]

Parmi les éléments déterminants de la dépression potentiellement limitatifs pour l'exercice de l'activité professionnelle (diminution de l'énergie, diminution de la volonté, ralentissement idéomoteur, diminution de l'aptitude à penser, perte de la confiance en soi), [l'assuré] mentionne une perte de l'énergie. Si cet aspect ne se vérifie pas à l'observation clinique directe en ce sens qu'il n'y a pas de diminution de l'élan vital (il est plutôt tonique), à l'analyse du déroulement du quotidien il ressort effectivement que l'assuré ne participe plus aux tâches ménagères comme il le faisait dans le passé, que beaucoup de temps est passé devant la télévision ou encore que l'assuré rapporte une tendance à négliger les soins corporels en fait, la diminution de l'énergie se manifeste presque exclusivement par une aboulie (diminution de la volonté). Il n'y a pas de ralentissement idéique (initiative, fluidité idéiques), ni moteur. Nous avons vu que la diminution de l'aptitude à penser se manifeste de manière intermittente et qu'elle est en lien avec l'état de stress post-traumatique (lorsque l'assuré est confronté à des situations ressemblant à l'événement traumatique ou lors de reviviscences). Enfin, la perte de l'estime de soi influence négativement la capacité de travail.

Ce qui précède signifie que l'intensité de certains éléments-clés de la dépression potentiellement incapacitants est telle que l'épisode dépressif moyen tel qu'il se présente actuellement n'est que partiellement limitatif pour l'exercice de l'activité professionnelle (50%). Les limitations fonctionnelles en lien avec la dépression sont constituées par l'aboulie (perte de la volonté) ainsi que par la perte de la confiance en soi. [...]

Si nous n'avons pas pu prendre connaissance de l'expertise psychiatrique qui a été faite pour l'Assurance-Invalidité au mois de septembre 2009, nous avons pris contact avec l'expert (Docteur L._____). Il s'avère qu'il existe une divergence sur les diagnostics (trouble anxieux, sans précision ; épisode dépressif léger à moyen) ainsi que sur l'aptitude au travail (capacité de travail entière). L'entretien avec le Docteur L._____ n'a pas été de nature à modifier les conclusions de la présente expertise.

De ce fait, [l'assuré] a été reconvoqué pour un deuxième entretien (4 décembre 2009) entretien au cours duquel les diagnostics ont été réexaminés, au cours duquel les aspects divergents ont été réabordés de manière systématique et au cours duquel l'intensité des limitations fonctionnelles a été réévaluée. Au terme de ce deuxième examen, les conclusions de la présente expertise ont été confirmées.

Il n'y a pas d'indices en faveur d'une exagération des plaintes (absence de démonstrativité) ni d'éléments en faveur d'une simulation (absence de différences manifestes entre ce qui est rapporté par l'assuré et son comportement pendant l'examen ; absence de manque de concordance entre l'intensité rapportée des troubles et l'aptitude à préciser les différents symptômes ; absence d'évolution floue de l'affection ; absence de discordance entre la souffrance relevée et le recours à une aide thérapeutique ; absence de mention d'empêchement grave alors que les fonctions psychosociales au quotidien seraient foncièrement intactes ; absence de contradiction entre les indications de l'assuré et les informations mentionnées dans le dossier ; absence d'un sentiment de faux au cours des entretiens ; présence de mesures thérapeutiques appropriées à la description de la souffrance). »

Par avis du 19 mars 2010, le Dr G._____ du SMR a relevé la dichotomie des conclusions des expertises psychiatriques réalisées par les Drs L._____ et S._____, proposant l'organisation d'une nouvelle expertise psychiatrie en vue de clarifier la capacité de travail et les limitations fonctionnelles, ce d'entente avec sa collègue, la Dresse I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Un mandat a été délivré en ce sens au Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par communication de l'OAI du 7 mai 2010, lequel a produit son rapport le 11 octobre 2010.

A l'issue d'un examen clinique, de questionnaires d'évaluation et d'une étude de l'ensemble des pièces du dossier de l'assuré, l'expert a retenu les diagnostics de « dysthymie/dysphorie (F34.1), à savoir « probable état dépressif de légère à moyenne intensité maintenant compensé » et de « troubles anxieux sans précision, de niveau léger

(F41.9) ». Il a par ailleurs exposé ce qui suit pour conclure à une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à l'exclusion d'un travail sur des chantiers :

« [...] Sur le plan psychique, il y a eu la première description par son chirurgien qui soulignait que l'assuré était affecté et qui utilisait plus tard le terme d'anxiodépressif. L'assuré a été conduit vers un confrère psychiatre où il y a eu tout d'abord une amélioration de l'état psychique décrit, ensuite à nouveau aggravation voire accentuation. Vu que nous disposions par la suite de deux descriptions psychiatriques très détaillées, on peut retenir que les appréciations du médecin psychiatre traitant étaient nettement plus dramatiques que celles des deux experts précédents.

Les deux expertises mentionnées conduisent à des conclusions asséurologiques diamétralement opposées : celle du Dr L. _____ [ne] retient aucune incapacité de travail 3 mois antérieur[ement] à l'expertise, celle du Dr S. _____ une incapacité de travail totale. Nous pouvons par rapport à ces deux rapports faire les remarques suivantes : le Dr S. _____ a donné nettement plus de poids à l'état de stress post-traumatique, ceci basé sur les explications que l'assuré lui a donné ainsi que l'observation directe où [l'assuré] a montré des réactions neurovégétatives au moment où il a abordé l'accident du 09.05.2007.

Il existe ici une difficulté méthodologique : en principe et selon les règles de la classification internationale actuellement en vigueur, le diagnostic d'un état de stress post-traumatique ne peut plus être posé au-delà de 6, voire 12 mois après l'événement. Les symptômes éventuellement encore en vigueur, voire les séquelles chroniques d'un état de stress post-traumatique doivent être classés ailleurs, notamment sous forme d'une modification durable de la personnalité. Mais il semble exister aussi une difficulté d'appliquer le diagnostic tel quel, puisque la première définition (OMS, CIM-10) est la suivante : « le trouble constitue une réponse à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus comme par exemple catastrophe naturelle ou d'origine humaine, guerre, accident grave, mort violente en présence du sujet, torture, terrorisme, viol et autres crimes. »

Or, toute proportion gardée, malgré l'empathie possible pour la souffrance de [l'assuré], l'écrasement de son pouce n'entre pas dans ces catégories. Il s'agit d'un accident, douloureux et pénible pour le concerné qui est lié au risque inhérent d'une activité professionnelle sur des chantiers.

Nous [ne] sommes de plus pas sûrs que les autres critères du trouble aient été antérieurement remplis, il est par contre pour nous évident qu'au stade actuel, ils ne le sont plus du tout. Les craintes et évitements de l'assuré sont non spécifiques et ce qu'il nous a transmis comme souffrance et problématique sont largement influencés par ledit mécontentement et les tendances revendicatrices.

Pour revenir encore un moment sur les deux expertises citées, il y a, à part l'appréciation de l'état de stress post-traumatique, une différence de moyenne importance en ce qui concerne l'état dépressif. Le Dr L. _____ a retenu un état d'intensité légère à

moyenne, [le] Dr S. _____ d'intensité moyenne. Pour ce qui concerne l'appréciation du Dr S. _____, nous avons trouvé un décalage certain entre le status psychiatrique proprement dit et les conclusions diagnostiques. Si on ne prend strictement que les observations (sans tenir compte des facteurs du status qui peuvent être influencés par les dires du sujet), les termes du Dr S. _____ sont presque tout aussi légers et anodins que ceux du Dr L. _____ : il parle d'une humeur modérément déprimée, l'absence de tristesse franche, absence de pleurs, absence de perte d'élan vital, modulation de la voix et une gestuelle conservée, absence de troubles cognitifs et absence de ralentissement. Pour nous, en tant que lecteur des deux expertises, la différence dans l'observation directe entre les deux experts est minime.

Une troisième différence concerne la notion d'un trouble anxieux, élément que le Dr L. _____ retient à niveau léger, non observé et retenu du côté du Dr S. _____. Cette différence n'entre finalement pas dans l'appréciation finale des deux experts.

En ce qui concerne nos propres observations, environ 7 mois après les deux expertises effectuées, nous nous sommes trouvés très proches à ce qui a été décrit auparavant en ce qui concerne la partie accessible en observation directe. [...]

Nous avons donc vu et décrit un homme qui était dans un premier temps distant, retenu, terne et non souriant, mais qui, au fur et à mesure de l'examen, s'est visiblement détendu. Il était fluide et à l'aise en français, encore davantage dans sa langue maternelle (puisque nous avons fait l'examen en présence et avec l'aide d'un interprète professionnel). Comme nos confrères experts, nous avons constaté qu'il n'y avait aucun problème cognitif, le discours était structuré, l'assuré disposait d'une très bonne intelligence et capacité de jugement, il n'était ni fatigué, ni fatigable et sans ralentissement psychomoteur significatif.

Ce qui nous a frappé dans les contenus de son expression étaient des réponses souvent plaquées, détachées du vécu personnel, l'assuré était même parfois décontenancé lorsque nous avons insisté pour connaître ses émotions et réactions en détail. Il était centré sur ses dysfonctionnements, les plaintes étaient souvent liées au symptôme et une partie des plaintes était en contradiction avec l'apparence puisque nous avons vu un homme calme, posé, bien éduqué, sans aucun esclandre.

Sur le plan affectif, il nous a montré plusieurs facettes, une partie de mal-être, des sentiments d'insatisfaction, de morosité et de mécontentement, mais ensuite aussi une partie euthymique, voire quelques sourires et moments de détente. Il n'y avait pas de fixation émotionnelle et en ce qui concerne l'énumération de l'accident, les descriptions des séquelles de son pouce blessé, il est resté parfaitement neutre, sans signaux neurovégétatifs. [...]

Nous devons donc conclure ici qu'il y a absence d'un état dépressif cliniquement en vigueur. Il se peut aussi qu'un état dépressif antérieur est, avec l'aide de la médication prescrite et appliquée, suffisamment compensé.

Finalement, en ce qui concerne la personnalité, il y a de nettes tendances à la passivité et fixation sur son handicap. En somme, l'état thymique actuel est donc compensé à niveau de dysthymie, voire dysphorie. Visiblement la médication antidépressive a fait son effet. Nous avons fait un dosage médicamenteux qui a montré que l'assuré était non seulement observant mais que le taux sérique de

l'Efexor était supérieur à la fourchette thérapeutique habituelle. Il y a ici une correction à faire.

Il existait de légères tendances anxieuses, non spécifiques, surtout sous forme d'appréhension par rapport à quelque situation et surtout le futur, mais pas de véritable pathologie d'anxiété. Là aussi nous avons dû constater que l'état était nettement amélioré par rapport à la période antérieure.

Rappelons, pour faire l'éventail complet de la situation, qu'il y a de nombreux facteurs extramédicaux aussi, à savoir :

- plaintes relatives au symptôme,
- mécontentement et revendications,
- facteurs sociaux et financiers. [...]

Comme décrit auparavant, il n'existe aucun indice pour un trouble de la personnalité, voire une modification de personnalité. De ce fait et vu qu'il n'y a plus de symptomatologie spécifique et nette pour l'état de stress post-traumatique, nous avons considéré cette problématique comme résorbée.

En finalité nos conclusions sont à un tel point proches de celles du Dr L. _____ que nous voyons aucune raison de s'écarter de ses conclusions. Rappelons ici qu'il avait postulé une capacité de travail entière trois mois antérieur[ement] à la date de l'expertise. [...] »

Le Dr G. _____ du SMR s'est rallié aux conclusions du Dr R. _____ dans une appréciation du 29 octobre 2010, retenant que l'assuré était doté d'une capacité de travail de 100% dès le mois de juillet 2009 suite à l'amélioration de son état de santé psychique.

L'OAI a procédé à l'évaluation du préjudice économique sur la base de ce dernier avis, mettant à jour un taux d'invalidité de 13% dès juillet 2009 compte tenu d'un revenu sans invalidité actualisé à 63'170 fr. et d'un revenu d'invalidité exigible de 55'248 fr. fondé sur les statistiques salariales après abattement de 10%.

D. Partant, un second projet de décision a été établi le 11 mars 2011, envisageant l'octroi à l'assuré d'une rente entière d'invalidité pour la période limitée s'étendant de mai 2008 à septembre 2009. L'OAI a au surplus nié le droit à des mesures de reclassement professionnel et à une rente d'invalidité dès octobre 2009 du fait du degré d'invalidité de 13%.

Dans l'intervalle, le recours formulé par l'assuré devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition de la CNA du 23 juillet 2009, laquelle a confirmé l'allocation

d'une rente LAA de 19%, a été rejeté par arrêt du 28 mars 2011 en la cause AA110/09 - 32/2011, entré en force.

Par écriture du 15 avril 2011, avec l'assistance de son conseil, Me Anne-Sylvie Dupont, l'assuré a présenté ses objections au projet de décision susmentionné, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sans limite temporelle au vu d'une capacité de travail à son sens nulle pour toutes activités. Il s'est prévalu des expertises du Dr S. _____ et l'appréciation de son psychiatre traitant du 30 mars 2011 - jointe en annexe à sa prise de position - pour mettre en doute la valeur probante des conclusions des Drs L. _____ et R. _____, lesquelles auraient été arbitrairement retenues par l'OAI pour fonder le projet de décision querellé.

Les précisions apportées par le Dr J. _____ en date du 30 mars 2011 sont libellées notamment comme suit :

« [...] 1. [L'assuré] a présenté en juin 2009, des symptômes post-traumatiques, notamment sous forme de reviviscences et flashs back de l'accident, notamment lorsqu'il est confronté en cours de séance à l'accident. [...] De plus, nous constatons un sentiment de déréalisation qui se définit comme « l'impression subjective que les personnes, les objets et l'environnement du patient paraissent irréels, étrangers ou déformés » [...] et de dépersonnalisation où « le patient se sent étranger à lui-même, avec un sentiment d'irréel, de transformation soudaine, comme s'il était sans unité ou une autre personne ». De manière plus globale, le patient semble en état de transe, comme dissocié et détaché de la réalité dans ces moments paroxystiques de crise. Ainsi, nous qualifions la gravité de ces symptômes comme importante puisqu'ils peuvent se déclencher à tout moment, le détachant de la réalité et le rendant incapable de se concentrer, d'entreprendre une activité de plus d'une heure.

2. [L'assuré] se plaint actuellement d'un sentiment de dévalorisation, de perte d'estime de soi et d'inutilité. Il décrit une fatigue importante dès le réveil, des troubles du sommeil avec des cauchemars, des réveils nocturnes. Il décrit une tension interne, des ruminations anxieuses, confinant parfois à des idées suicidaires scénarisées (saut dans le vide, prise médicamenteuse). Son humeur est triste, le patient peine à entreprendre des démarches spontanément (légère aboulie). Ces symptômes nous permettent de retenir le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique selon la classification CIM-10 de l'OMS.

3. Le patient présente des limitations fonctionnelles, notamment en termes de capacité de concentration et de mémorisation ainsi que de faible estime de lui, rendant difficile l'entreprise de nouvelles activités. Cependant, il est à noter que la prise en charge

ergothérapeutique dont il bénéficie depuis le 11.03.2009 a permis l'amélioration dans la capacité de concentration et d'organisation des tâches. [...]

4. [L'assuré] ne présentait aucun trouble psychiatrique avant l'accident du 09.05.2007. »

A l'issue d'un avis du 12 août 2011, les Drs G._____ et V._____ du SMR ont pour l'essentiel réfuté les griefs de l'assuré à l'égard de la qualité de l'expertise réalisée par le Dr R._____. En outre, compte tenu d'une péjoration éventuelle de l'état de santé psychique du recourant au vu des récentes observations du Dr J._____, ils ont requis un complément d'expertise auprès du Dr R._____.

Une communication à cette fin a été établie par l'OAI le 7 octobre 2011, tandis que l'expert précité a produit son rapport complémentaire le 30 mars 2012, après avoir sollicité un examen neuropsychologique de l'assuré par un psychologue, B._____. Etant donné notamment les éléments ressortant de l'analyse de ce dernier, l'expert a pris en considération, en sus des diagnostics retenus le 11 octobre 2010, celui de « majoration de symptômes physiques et psychiques pour des raisons psychologiques et sociales, équivalent d'un processus d'invalidation avancé (F68.0) ». Il a fait part des explications ci-après :

« [...] Notre nouvelle évaluation a montré et décrit un assuré quasi dans un état psychique identique à ce qui a été décrit en 2010. De plus, l'examen neuropsychologique, dans sa partie générale, a confirmé les mêmes impressions avec par exemple absence de ralentissement psychomoteur significatif, fonctionnement cognitif basique en ordre et absence de critères en faveur d'un état dépressif cliniquement significatif. Nous avons déjà en 2010 argumenté en détail avec les critères que l'Organisation mondiale de la santé a établis pour les diagnostics d'états dépressifs. Nous avons constaté que tout au plus on pouvait retenir un état de dysthymie pour l'expertisé en question.

Contre la persistance d'un véritable trouble de stress post-traumatique, qui est argumenté par son psychiatre, parle le fait que l'assuré, ni en 2010, ni dans les deux examens de 2012, était en quoi que ce soit perturbé en parlant de son accident. Il est resté ici complètement neutre et descriptif. Rappelons dans ce contexte que formellement un tel trouble ne peut pas être retenu au-delà de six mois à 12 mois et que, en cas de persistance, d'autres diagnostics entrent en vigueur. Or tel n'est pas le cas pour [l'assuré]. [...]

Son psychiatre a argumenté avec des états prépsychotiques du type de déréalisation, dépersonnalisation et transe. [L'assuré] n'a plus du

tout évoqué ces éléments, ni en examen psychiatrique, ni en examen neuropsychologique. Il s'agit là donc ou bien des phénomènes transitoires ou bien des évocations « dirigées » qui sont à la limite une expression personnelle de son mal-être mais ne correspondent à aucun état psychique perturbé.

Finalement son psychiatre a évoqué de sévères troubles neurocognitifs, là aussi basé sur les dires de son patient. Pour cette raison, nous avons procédé à un examen neuropsychologique spécialisé qui était instructif à plusieurs titres : l'expertisé était très démonstratif, montrant d'entrée que les exigences des tests étaient excessives pour lui, exhibant de plus en plus un état de souffrance, une démonstration et des inadéquations. Des signes de majoration de symptômes étaient de plus en plus évidents, il y avait des fausses reconnaissances, des tâches bâclées, non entrée dans les tâches et absence de tout effort. Ici les spécialistes neuropsychologues ont utilisé un test spécifique [...] qui a objectivé ce que nous venons de résumer.

En conclusion les résultats des tests étaient sans équivoque et le tableau que [l'assuré] a présenté ne correspond à aucun syndrome neuropsychologique connu. La gravité de ce qu'il a présenté dépasse très largement tout ce que l'on peut attendre même pour un état dépressif sévère et il existe des lors une évidence pour le constat de majoration de symptômes.

Force est donc de constater que l'argumentation amenée par l'assuré, son médecin psychiatre et son avocat est invalidée, que les constats antérieurs sont confirmés et que nous nous trouvons en majeure partie dans une problématique extra-médicale, comportementale et dans un processus d'invalidation maintenant déjà assez avancé. [...]

En conséquence, nous confirmons pour notre part les constats faits en 2010 et rajoutons, avec l'objectivation effectuée, le troisième diagnostic. Il n'existe donc, pour notre domaine, formellement pas d'incapacité de travail ni diminution de rendement. Même si ceci contraste très fortement avec l'appréciation subjective (et de son médecin psychiatre), il n'y a pas d'autre réponse possible. [...] »

En date du 18 avril 2012, le SMR a fait siennes les conclusions du

Dr R._____, observant qu'aucune aggravation de l'état de santé psychique de l'assuré n'était avérée depuis son précédent avis et que l'exigibilité médicale demeurait inchangée.

Fondé sur ces derniers éléments, l'OAI a confirmé son projet de décision du 11 mars 2011 par correspondance du 21 mai 2012. La décision corrélative, comprenant les montants de rente alloués à l'assuré pour la période limitée du 1^{er} mai 2008 au 30 septembre 2009, a été émise le 18 juillet 2012 avec le concours de la caisse de compensation compétente.

E. L'assuré, assisté de son avocate, a déféré cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 14 septembre 2012, concluant principalement au maintien du versement d'une rente entière d'invalidité au-delà du 30 septembre 2009 et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Il a mis en exergue les importantes discordances entre les différents avis médicaux émis par les experts psychiatres, estimant que la force probante des rapports des Drs L._____ et R._____ était sujette à caution du fait des conclusions étayées du Dr S._____ et des critiques formulées par le Dr J._____. Il a d'ailleurs joint un nouvel avis de ce praticien, établi le 7 août 2012, lequel a soulevé des doutes eu égard à la divergence des constats cliniques des experts et des conclusions retenues, ainsi qu'en lien avec la méthodologie diagnostique utilisée par ceux-ci. Le recourant a en conséquence requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique et neuropsychologique, tout en observant au surplus l'ancienneté des pièces relatives à son état de santé somatique.

L'intimé s'est déterminé le 20 novembre 2012, se référant à un avis des Drs G._____ et T._____ du SMR du 7 novembre 2012, où ces derniers ont proposé que les critiques formulées le 7 août 2012 par le Dr J._____ soient soumises au Dr R._____ pour prise de position.

En date du 29 novembre 2012, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions en produisant un rapport d'expertise privée, établi le 23 octobre 2012 par le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que médecin-adjoint au sein du Centre hospitalier D._____, lequel a confirmé l'incapacité totale de travail de l'assuré et les diagnostics posés par le Dr J._____. Le recourant s'est au surplus opposé à une nouvelle détermination du Dr R._____ telle que suggérée par l'OAI, respectivement le SMR.

Le Dr H. _____ a fait état dans le rapport d'expertise privée susmentionné, des diagnostics suivants :

- Trouble/état de stress post-traumatique, de forme chronique (F43.1).
- Trouble de l'humeur, épisode dépressif majeur actuel, de degré modéré, avec syndrome somatique (F32.11).
- Statut après amputation post-traumatique du pouce gauche, suite à un accident de chantier, puis à l'échec d'une tentative de greffe.

Ses conclusions sont libellées comme suit, après étude approfondie du dossier assécurologique, singulièrement des divers rapports d'expertise précédemment réalisés, ainsi que deux entretiens avec le recourant :

« [...] Notre examen nous amène donc à mettre en évidence une intrication comorbide à partir de deux diagnostics principaux, en l'occurrence un trouble/état de stress post-traumatique (F43.1), avec un épisode actuel dépressif majeur de degré moyen (F32.11) (conformément aux critères de la CIM-10, c'est-à-dire, trois symptômes typiques (humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité), et trois ou quatre autres symptômes listés et présents chez l'expertisé), ces deux affections-troubles entretenant entre elles/eux des relations de causalité complexes qui contribuent notamment à une aggravation de leurs manifestations respectives de façon entrecroisée, à une rigidification et à une chronification possible des troubles, ainsi qu'à une certaine résistance au traitement. La comorbidité précoce du TSPT avec la dépression est un phénomène qui est fréquemment annonciateur d'un développement chronique du TSPT [...].

A propos du trouble de stress post-traumatique, il est à notre avis tout à fait clair et sans équivoque que l'assuré souffre encore de symptômes de stress post-traumatique dans les trois séries de symptômes qui sont requis pour établir médicalement l'existence de ce trouble. Qui est défini d'abord par le fait que la victime a souffert d'un traumatisme, dont le caractère relatif essentiel est mieux reconnu par le DSM-IV que par la CIM-10 (celle-ci parle d'un événement hors du commun qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus). Car, il est vrai qu'un même événement peut être traumatisant pour un individu et non pour un autre; et d'autre part qu'un tel événement qui causera un traumatisme chez un individu à un moment donné ne l'eût pas fait un autre jour et dans d'autres circonstances de disponibilité d'énergie, de moral et de soutien social. On ne peut donc pas remettre en cause dans le cas précis la notion même de traumatisme, d'autant plus que le DSM-IV donne dans ses exemples typiques de traumatisme une blessure accidentelle grave, ayant entraîné des sentiments de peur, d'impuissance ou d'horreur. [...]

L'expertisé présente actuellement plusieurs symptômes répondant à la notion de reviviscences ou répétitions (voir critères B du DSM-IV),

comme il présente plusieurs symptômes relevant de la notion d'évitement (critères C du DSM-IV), comme en outre il présente plusieurs symptômes faisant partie d'une symptomatologie d'activation neuro-végétative (critères D du DSM-IV) ; toutes les données en présence du point de vue anamnestique, évolutif et psychopathologique suffisent largement pour maintenir le diagnostic d'un état de stress post-traumatique. D'autre part, celui-ci est chronifié, et l'on sait par ailleurs que quand les symptômes d'un état de stress post-traumatique perdurent au-delà de 6 mois, voire 12 mois, l'évolution du trouble est incertaine et le pronostic réservé ; la plupart des cas de TSPT de résolution spontanée surviennent dans l'année suivant le traumatisme, alors qu'il n'y a en général pas de rémission des troubles quand ceux-ci perdurent pendant plus de 6 ans [...]. Le fait qu'il y ait une comorbidité avec un trouble dépressif n'est pas du tout de nature à étonner, puisque qu'il y a environ 50% des TSPT qui présentent en même temps, au cours de leur évolution, surtout quand elle est chronique, un épisode dépressif, qui cela dit peut parfois paraître difficile à différencier de certains symptômes appartenant au TSPT. Pour établir clairement la présence d'un trouble dépressif à côté d'un TSPT, il faut qu'il y ait en principe trois types de symptômes qui n'appartiennent pas du tout au champ symptomatique du TSPT, à savoir : une baisse marquée de l'humeur, une perte de poids significative, et des idées noires voire des idées suicidaires. Ces symptômes sont présents ou l'ont été au cours de l'évolution de [l'assuré], et celui-ci souffre encore en tous les cas de baisse marquée de l'humeur, qui n'est pas seulement de la tristesse au sens habituel du terme, mais aussi de la démoralisation, une perte d'espoir, une vision négative de son avenir, et des sentiments de dévalorisation, de perte, d'échec, avec des sentiments de honte, et le sentiment de ne plus être le même homme qu'auparavant, et de ne plus pouvoir redevenir ce qu'il était. Cette notion ou ce sentiment, à savoir de ne plus être le même qu'auparavant, est typique du syndrome de stress post-traumatique, et cela indépendamment du développement clinique d'une modification durable de la personnalité. L'expertisé présente aussi encore actuellement des idées de mort, sans idées suicidaires à proprement parler, et donc sans scénario consistant à trouver la solution de sa détresse par le biais d'un acte définitif.

[...]

Raisons pour lesquelles nous estimons que [l'assuré] souffre d'une pathologie psychiatrique comorbide sérieuse chronique qui actuellement, dans les circonstances et sous la forme des manifestations présentes, restreint considérablement ses capacités, et notamment sa capacité de travail. Il est illusoire d'envisager dans ces conditions des possibilités de retour au travail, car l'évolution jusqu'à ce jour a montré clairement déjà les signes d'une chronification, avec notamment une certaine résistance au traitement. Il n'y a pas d'activité professionnelle exigible quand on se trouve dans l'état de [l'assuré], même si cet état ne l'empêche pas de s'occuper à peu près de son quotidien, d'aller faire des courses avec sa femme ou de regarder parfois un match de foot à la télévision, ou de s'occuper un peu de son fils. Les limitations psychiques dont il souffre actuellement en raison de ses troubles, en raison de son état dépressif, en vertu de ses symptômes anxieux post-traumatiques surtout, au motif de sa détresse psychologique, ainsi que des troubles cognitifs portant sur son attention, sa faculté de concentration, relatifs à son état psychopathologique, sont

nombreuses, importantes, probablement durables, et incompatibles avec une quelconque activité professionnelle. On ne peut pas envisager de remettre au travail une personne qui souffre d'intenses symptômes post-traumatiques associés à des symptômes dépressifs probablement chroniques, qui doit pour cela être suivi de très près sur le plan psychiatrique et psychothérapeutique, cela pour éviter notamment un effondrement plus grave qui est encore cependant possible, qui est démoralisé, démotivé, inquiet et totalement désécurisé par rapport à son avenir, à sa situation personnelle et familiale, à sa situation financière, qui souffre d'une baisse de l'humeur importante avec aboulie et anhédonie, et qui n'a plus aucune confiance en ses capacités. [...] »

Par correspondance du 28 janvier 2013, l'OAI a préavisé le rejet du recours, se ralliant à un avis supplémentaire du SMR du 15 janvier 2013, émanant de la Dresse I._____ et du Dr W._____, spécialiste en médecine du travail. Après rappel des conclusions spécifiques des diverses expertises psychiatriques et examen de celle réalisée par le Dr H._____, le SMR a pour l'essentiel mis en doute le diagnostic de « trouble/état de stress post-traumatique » pris en compte par ce dernier, en se fondant sur les critères posés par la CIM-10. Ils ont également remarqué que le diagnostic d'un « épisode dépressif » avait été évoqué et discuté par l'ensemble des experts et que les constats du Dr H._____ ne s'avéraient pas si différents de ceux du Dr R._____ de sorte que retenir une « évolution dysthymique » apparaissait davantage correspondre à la situation de l'assuré. Partant, ils ont déduit l'absence d'aggravation de la pathologie psychiatrique et de modification de l'exigibilité précédemment prise en compte.

F. Le juge instructeur a informé les parties le 4 mars 2014 de son intention de diligenter une expertise judiciaire psychiatrique auprès du Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le mandat correspondant ayant été délivré le 31 mars 2014.

Celui-ci a communiqué son rapport le 4 août 2014, après analyse des dossiers asséculo-logiques constitués par l'OAI et la CNA et du dossier de la Cour de céans, ainsi qu'examen du recourant en date des 2 et 8 juillet 2014. Il a pour sa part retenu les diagnostics d'un « épisode dépressif, en rémission partielle (F32.5) » et d'un « trouble/état de stress post-traumatique chronique (F43.1) ».

L'expert judiciaire s'en est justifié, dans le cadre de son appréciation finale du cas, comme suit :

« [...] Trouble dépressif

[...] Dans le cas présent, on ne retrouve pas actuellement le minimum des deux symptômes cardinaux requis pour un épisode dépressif. L'assuré se dit certes fatigué et fatigable la plupart du temps tous les jours et maintenant depuis plusieurs mois. La tristesse et la diminution de l'intérêt et du plaisir sont aujourd'hui inconstantes. Elles ne peuvent par conséquent pas être retenues ici. Par ailleurs, on note la diminution de l'estime de soi, un certain degré de culpabilité pathologique, des difficultés à penser et à se concentrer ainsi que des troubles du sommeil, tout en soulignant qu'une partie de cette symptomatologie se recoupe avec ce que décrit déjà le trouble état de stress post-traumatique. La diminution de l'appétit ne peut pas être retenue ici sachant qu'elle n'est plus corrélée à une perte de poids.

Ce tableau symptomatologique n'est pas en discordance avec la présentation de l'intéressé. Ce dernier paraît triste. Il peut aussi esquisser des sourires et s'animer. Il garde toujours le focus de l'entretien. [L'assuré] se présente comme légèrement déprimé. Il n'a pourtant pas la présentation d'un sujet souffrant d'un épisode dépressif franc.

Actuellement, on n'a plus le seuil diagnostique d'un épisode dépressif tout en admettant que l'intéressé a vraisemblablement présenté un tel épisode après l'accident en cause au vu de ce qu'il rapporte et de ce qu'on peut lire au dossier. On doit par conséquent parler de *rémission partielle* puisqu'il subsiste des symptômes dépressifs épars sans qu'ils atteignent le seuil diagnostique du trouble.

La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive. Le trouble bipolaire doit dès lors être réfuté. L'anamnèse parle contre des épisodes dépressifs multiples et des phases de rémission complète. On ne doit dès lors pas retenir la récurrence.

Le soussigné a recherché minutieusement d'éventuels *symptômes psychotiques* associés au tableau dépressif, sachant ce qu'ils impliquent en termes de sévérité. Il n'en a pas trouvés dans ce cas.

Au vu de ce qui précède, on doit poser un diagnostic d'épisode dépressif en *rémission partielle*.

Trouble état de stress post-traumatique

[...] Dans le cas présent, on peut admettre que l'événement traumatique en cause et ses suites médico-chirurgicales aient été de nature à provoquer un état de stress post-traumatique pendant un certain temps, tout en précisant qu'on n'est *objectivement* pas dans le champ d'un trauma psychique extrême.

Une certaine panique au moment des faits en cause et un saignement en jet ont pu amener l'intéressé à légitimement craindre pour sa vie. Les suites médicochirurgicales et l'amputation secondaire ont pu réactiver la psychopathologie de départ. Le soussigné a par ailleurs observé que les lésions des mains ont des répercussions psychiatriques plus importantes que celles d'autres parties du corps.

Actuellement, [l'assuré] relève d'un tableau d'état de stress post-traumatique. Il rapporte des intrusions (cauchemars, flashbacks) qui restent fréquentes. Le sentiment de détresse et des manifestations neurovégétatives à l'exposition d'indices et de souvenirs du trauma initial ont été observés en séance. Les conduites d'évitement des indices de l'accident et de ses suites sont encore présentes et rapportées de façon crédible. L'activation neurovégétative ne fait guère de doute avec l'irritabilité, les difficultés de concentration, les sursauts et les troubles du sommeil.

Comme d'autres, le soussigné accorde une grande importance au *numbing* qui est une sorte d'émoussement affectif typique des états de stress post-traumatiques graves ou qui ont été graves. Ce symptôme est méconnu de bien de praticiens, même s'il est explicitement nommé dans les ouvrages de référence. Il n'apparaît pas dans les plaintes « apprises » de certains sujets préparés à l'expertise par ce qu'ils lisent ici et là ou qu'on leur a suggéré de dire ou de ne pas dire en expertise. Il s'agit d'un symptôme méconnu et pourtant très significatif.

Dans le cas présent, l'intéressé rapporte authentiquement sa culpabilité de ne avoir pu aimer son deuxième enfant. Il dit que les choses ont heureusement changé après que ce dernier ait présenté la symptomatologie spectaculaire d'une bronchiolite. Pour le soussigné, cette information est importante et contribue à valider définitivement la réalité du trouble état de stress post-traumatique, tout en sachant que le trouble a vraisemblablement varié en intensité.

[...] Au vu de ce qui précède, l'expert considère qu'il est justifié de retenir le diagnostic de *trouble état de stress post-traumatique*. Selon le DSM-IV-TR, ce trouble doit être qualifié de *chronique* puisqu'il dure depuis bien plus de trois mois.

A ce sujet on doit préciser ici que le trouble état de stress post-traumatique est une affection psychiatrique qui a plutôt un bon pronostic, même lorsque les victimes ont été soumises à des facteurs de stress extrême. Le DSM-IV-TR souligne que la « guérison complète survient en trois mois dans environ la moitié des cas ». De nombreux autres sujets ont des symptômes qui persistent plus de douze mois après le facteur déclenchant, sans que le trouble reste présent dans son intégralité. Dans certains cas, l'évolution est émaillée de périodes d'amélioration et d'aggravation. Une réactivation du trouble peut survenir en réponse à certains éléments rappelant le traumatisme initial ou à d'autres facteurs de stress. Certains sujets évoluent vers la chronicité.

En cas d'évolution vers la chronicité des troubles psychiques, on admet que les facteurs étrangers au trauma initial gagnent en consistance avec le temps qui passe et qu'ils finissent par être la cause principale de la persistance des troubles psychiques, à *moins de situations particulières qui constituent l'exception*.

Les exceptions relèvent de situations que sont des facteurs de stress extrêmes comprenant explicitement l'emprisonnement en camp de concentration, la torture, les désastres et l'exposition prolongée à des situations représentant un danger vital.

Dans ces cas précis de facteurs de stress extrêmes et exceptionnels, on admet qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer une vulnérabilité personnelle pour rendre compte de la persistance de troubles psychiques. Lorsque les troubles persistent, la CIM-10 propose d'ailleurs une entité ad hoc de *modification durable de la*

personnalité après expérience de catastrophe, si d'autres conditions diagnostiques sont également remplies.

Pour le soussigné, l'assuré [...] présente un trouble état de stress post-traumatique qui varie en intensité en fonction des aléas de son existence. Ce trouble a la comorbidité d'un épisode dépressif qui est actuellement en rémission partielle.

Autres pathologies psychiatriques

La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive. On peut exclure un trouble de personnalité, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence.

Le soussigné retient des traits de personnalité obsessionnels chez ce sujet méticuleux, perfectionniste et quelque peu rigide. Ceux-ci jouent un rôle défavorable dans l'évolution actuelle, sachant que [l'assuré] a plus de difficultés que tout un chacun à accepter une atteinte même minime à sa santé physique ou psychique. Ces traits ne valent pourtant pas pour un trouble de personnalité stricto sensu. [...] »

Par ailleurs, le Dr C._____ a procédé à une évaluation minutieuse de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles en ces termes :

« [...] Trouble dépressif

[...] Dans le cas présent, on doit admettre que l'intéressé a présenté une pathologie affective qui a rejoint le seuil diagnostique d'un *épisode dépressif*. La symptomatologie en est rapportée à plusieurs reprises au dossier. Même si les plaintes sont inductibles, elles se confirment par une analyse critique parce qu'entre autres choses, elles gardent une certaine cohérence et une certaine constance.

Cette pathologie dépressive est passée par des hauts et des bas. Elle a diminué en intensité, notamment à l'époque de l'évaluation R._____. Cette pathologie dépressive est aujourd'hui en rémission partielle.

Pour les phases où l'intéressé présentait un tableau clinique d'épisode dépressif moyen voire sévère, on doit admettre des limitations liées à ce trouble. Ces limitations relèvent de la fatigue, de la fatigabilité avec la diminution de rendement que ces symptômes impliquent. Elles relèvent des difficultés à penser et à se concentrer qui sont à même de générer des erreurs ; l'intéressé ne serait pas toujours fiable au travail. Elles relèvent enfin de la diminution de l'intérêt et des cognitions négatives ordinaires à tout état dépressif qui ont un impact délétère sur la capacité d'élaborer des projets et de les conduire à terme, aussi petits soient-ils.

Au vu de ce qui précède, le soussigné considère qu'on doit admettre des limitations et une incapacité de travail psychiatrique pour l'épisode dépressif de [l'assuré] tout en sachant que ce trouble varie en intensité en fonction du contexte existentiel de l'intéressé.

Trouble état de stress post-traumatique

Le soussigné est convaincu que cet assuré a toujours présenté un tableau clinique d'état de stress post-traumatique depuis les semaines qui ont suivi l'accident du 09.05.2007, même si le trouble

a varié en sévérité. Il en a donné les arguments plus haut dans le texte de ce rapport médical.

Les intrusions restent tout de même fréquentes. Elles génèrent une tension importante. L'assuré a des manifestations d'anxiété, lorsqu'il est exposé à des indices du trauma initial.

L'activation neurovégétative a ses conséquences en terme de troubles du sommeil qui peuvent diminuer le rendement de [l'assuré]. L'irritabilité peut poser des problèmes relationnels au travail.

Tout état de stress post-traumatique génère une fragilité importante face aux facteurs de stress et ce, même face à ceux de l'ordinaire de la vie de tous les jours, ce qui peut interférer négativement sur le comportement et l'efficacité au travail.

Au vu de ce qui précède, le soussigné considère qu'on doit admettre des limitations et une incapacité de travail psychiatrique pour l'état de stress post-traumatique de [l'assuré] tout en sachant que ce trouble varie en intensité en fonction du contexte existentiel de l'intéressé.

Comportement anormal de malade

Il est enfin vrai que le comportement de ce sujet relève aussi d'une position psychologique qui n'est pas assimilable à un trouble mental stricto sensu. C'est ce comportement qu'a souligné l'expertise C. _____ avec la notion de majoration de symptômes.

L'intéressé est révolté. Il est persuadé qu'il a été traité injustement. Il est convaincu que son chirurgien a été négligeant et qu'il a commis des erreurs. Ses amis l'ont abandonné. Son patron se serait montré amical jusqu'au moment où le juge aurait classé le dossier pénal. Il n'aurait pas entrouvert la porte pour une activité adaptée dans l'entreprise. L'assureur accident n'aurait pas compensé ce qui aurait dû être. L'intéressé est toujours en attente des prestations éventuelles de l'assurance invalidité et d'autres institutions.

Dans ce contexte, [l'assuré] se campe dans un comportement d'invalidé et dans une attitude de révolte et de revendication. Cette position psychologique entrave la reprise d'une activité professionnelle. Pour le soussigné, elle correspond à comportement de malade et non pas d'une maladie en soi. Il n'y a par conséquent pas lieu de la prendre en compte comme un trouble psychiatrique stricto sensu en termes de limitations et d'incapacité de travail.

Conclusions

Cette évaluation s'est avérée extrêmement difficile comme l'illustrent d'ailleurs les divergences entre des praticiens chevronnés dont les qualités et l'expérience [ne sont] questionnable[s]. Cette difficulté peut s'expliquer par plusieurs éléments.

- L'assuré est très sensible au contexte. Lorsqu'il se trouve dans une situation relationnelle qui ne lui convient pas, il tend à se fermer, à ne rien laisser transparaître de ce qu'il considère comme sa vulnérabilité, à majorer grossièrement certains symptômes et à se montrer par là peu crédible. Il semble qu'il ait adopté ce comportement à certains moments des évaluations et lors de l'examen neuropsychologique, en particulier.

- L'assuré relève aussi d'un comportement anormal de malade fait de colère, révolte et revendication qui ne doit pas être pris en compte en tant que trouble psychiatrique stricto sensu en termes de limitations et d'incapacité de travail, même s'il constitue un obstacle à la reprise de travail.

- L'assuré souffre enfin de troubles psychiques francs que sont un épisode dépressif et un état de stress post-traumatique qui varient en intensité et qui doivent être pris en compte en termes d'incapacité de travail au vu des limitations qui ont été énoncées plus haut dans le texte de ce rapport médical.

Depuis le 09.05.2007, le soussigné considère que l'incapacité de travail psychiatrique de l'intéressé était de 100% et ce jusqu'au 30.06.2009, en prenant comme repère la consultation d'expertise L._____ et ce qui a été constaté en termes d'amélioration des troubles trois mois auparavant. Depuis le 01.07.2009 et ne tenant compte que de ce qui est strictement médical, le soussigné retient une incapacité de travail psychiatrique de 40%. Ce 40% pourrait être fixé pour une longue durée.

L'intéressé conserve des ressources. Il est intelligent. Il connaît bien son dossier et sait en relever les points critiques. Il peut communiquer à ce sujet. Il est autonome pour ses activités de la vie quotidienne. Il peut se déplacer seul. Il n'y a aucun indice d'atteinte cérébro-organique. Sur le plan psychiatrique, on peut dès lors raisonnablement exiger de [l'assuré] qu'il exerce une activité lucrative compatible avec ses limitations physiques à hauteur de 60%.

Actuellement, le traitement est adéquat tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a rien de plus à proposer sur ce plan.

Des mesures professionnelles seraient souhaitables, dans la mesure où l'intéressé y aurait droit. Elles pourraient être débutées immédiatement, si possible après concertation avec le médecin psychiatre traitant. [...] »

Les parties ont eu l'occasion de se prononcer sur la teneur de l'expertise judiciaire et ont adhéré pour l'essentiel aux conclusions du Dr C._____.

Singulièrement, dans son écriture du 15 septembre 2014, le recourant a modifié ses conclusions, requérant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité _____ dès _____ le 1^{er} octobre 2009, compte tenu d'une capacité de travail de 60% dans une activité en accord avec son état de santé. Reprenant les chiffres de base contenus dans la comparaison des revenus opérée par l'OAI au terme de la décision querellée, il a sollicité qu'une réduction de 15% des salaires statistiques fondant le revenu d'invalidité intervînt pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles physiques et psychiques, ce qui lui permettait d'aboutir à un degré d'invalidité déterminant de 50,87%. Conformément aux observations de l'expert, il a également requis la reconnaissance de son droit à des mesures professionnelles.

Quant à l'intimé, il s'est référé le 2 octobre 2014 à un avis du SMR du 19 août 2014, lequel a repris les conclusions de l'expert judiciaire. L'OAI a au surplus produit une communication interne de son Service de réinsertion professionnelle du 29 août 2014. Y est énumérée une série d'activités légères adaptées aux limitations fonctionnelles globales de l'assuré, tandis qu'un préjudice économique de 26'904 fr., soit un degré d'invalidité de 42,27%, sans réduction sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé est déterminé. Est enfin relevé que des mesures professionnelles ne seraient pas de nature à diminuer le préjudice subi, quand bien même une mesure d'aide au placement était envisageable sur demande expresse et motivée de l'assuré.

Le recourant a fait valoir, en date du 17 octobre 2014, qu'une réduction supplémentaire se justifiait au regard de ses nombreuses limitations fonctionnelles tant physiques que psychiques, ainsi que des problèmes comportementaux mis en exergue par le Dr C._____, mais non pris en compte dans l'appréciation finale de sa capacité de travail. Il a renvoyé à ce sujet aux directives administratives pertinentes, édictées par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : l'OFAS). Il a mis en exergue également sa capacité de travail partielle pour justifier à son sens une réduction supplémentaire de 15% sur le revenu d'invalidé déterminant. En outre, concernant les mesures d'ordre professionnel, le recourant a rappelé sa situation particulière du fait de sa longue période d'inactivité et conclu à l'octroi de mesures de réinsertion préparant la réadaptation professionnelle, telles qu'un entraînement à l'endurance ou un entraînement progressif.

Par écriture du 5 novembre 2014, l'intimé a maintenu sa position en lien avec la réduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé, relevant toutefois qu'une déduction de 5% ou de 10% n'ouvrirait de toute façon pas le droit à une prestation supérieure à un quart de rente d'invalidité. Quant aux mesures de réinsertion préparant la réadaptation professionnelle, l'OAI a constaté que le recourant ne remplissait pas les conditions de leur octroi faute d'incapacité de travail de 50% au moins dans toute activité.

Le recourant a persisté dans les conclusions communiquées
les
15 septembre 2014 et 17 octobre 2014 en date du 1^{er} décembre 2014.

E n d r o i t :

1.

1.1 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la 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 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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 LPGA).

1.2 La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 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), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

1.3 In casu, le recours formé le 14 septembre 2012 contre la décision de l'OAI du 18 juillet 2012 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA. Il est en conséquence recevable.

2. A titre préliminaire, il convient de préciser l'objet du litige et de la contestation.

2.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant

du dossier (ATF 125 V 413 et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

2.2 En l'occurrence, l'objet de la contestation est circonscrit par la décision du 18 juillet 2012, laquelle a nié le droit du recourant tant à une rente d'invalidité qu'à une mesure de reclassement professionnel.

Dans un premier temps, l'objet du litige se trouvait restreint au droit à la rente d'invalidité de l'assuré, ce dernier ayant expressément contesté la suppression du versement de cette prestation dès le 30 septembre 2009 et estimant que les conclusions des diverses expertises médicales ne démontraient pas l'existence d'un motif de révision de son droit, tandis qu'un degré d'invalidité de 100% devait lui être reconnu au-delà de la date précitée.

Dans un second temps, compte tenu de la teneur de l'expertise judiciaire réalisée par le Dr C._____, le recourant a modifié ses conclusions dans le but de se voir accorder une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50,87%, dès le 1^{er} octobre 2009. Il a par ailleurs expressément requis la mise en œuvre de mesures professionnelles, soit notamment des mesures de réinsertion préparant la réadaptation professionnelle.

Quant à l'intimé, il a déterminé un degré d'invalidité de 42,27% compte tenu de l'incapacité de travail fixée par le Dr C._____ et estimé au surplus que des mesures professionnelles demeureraient sans incidence sur le préjudice économique subi par l'assuré. Singulièrement, il a exposé que le recourant ne remplissait pas les conditions en vue de l'octroi d'une mesure de réinsertion préparant la réadaptation.

Vu la teneur de la décision du 18 juillet 2012, niant le droit tant à la rente qu'à des mesures professionnelles, la Cour de céans est habilitée à se prononcer sur l'ensemble des prestations revendiquées postérieurement à l'expertise judiciaire, quand bien même seul le droit à la rente était initialement litigieux entre les parties.

Il conviendra dès lors préalablement de déterminer si ladite expertise remplit effectivement les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante et cas échéant, si un motif de révision de la rente allouée jusqu'au 30 septembre 2009 est effectivement avéré. Dans cette hypothèse, il y aura lieu de calculer le taux d'invalidité du recourant dès la date précitée, en vouant une attention particulière au revenu d'invalidé déterminant, spécifiquement à la réduction des salaires statistiques, litigieuse entre les parties, avant de trancher le droit aux prestations AI de l'assuré.

2.3 S'agissant de la période s'étendant du 1^{er} mai 2008 au 30 septembre 2009, l'OAI a décidé du versement d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, que les parties ne remettent au demeurant pas en cause dans le cadre de la présente procédure.

Cela étant, lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que 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 sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d, confirmé ultérieurement in : ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et 135 V 141 consid. 1.4.4).

L'on soulignera à cet égard que l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, qui prévoit le versement de la rente au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations n'est pas applicable en l'espèce (ATF 138 V 475 ; TF [Tribunal fédéral] 9C_583/2010 du 22 septembre 2011 consid. 4 et références citées), puisque le délai d'attente a commencé in casu à courir avant le 1^{er} janvier 2008, soit dès le 9 mai 2007 (date du début de l'incapacité de travail de longue durée des suites d'accident).

Vu que le recourant a formulé sa demande de prestations AI en novembre 2007, l'intimé a donc à bon droit procédé au paiement de la rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2008, conformément à la situation juridique prévalant avant l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de la LAI au 1^{er} janvier 2008 (cf. art. 48 al. 2 aLAI).

3.

3.1 En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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 (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.

3.2 L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

3.3 Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2b ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2)

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

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 reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

3.4 In casu, la décision entreprise a à la fois accordé une rente entière d'invalidité au recourant, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, du 1^{er} mai 2008 au 30 septembre 2009, et supprimé cette prestation dès le 1^{er} octobre 2009, au vu d'un degré d'invalidité ramené à 13%.

Par conséquent, conformément à la jurisprudence citée ci-dessus, il convient de déterminer si l'état de santé de l'assuré a effectivement connu une amélioration durable au sens entendu par l'art. 88a al. 1 RAI à compter de juillet 2009, à l'instar de ce qu'a retenu l'intimé, sur la base des pièces médicales versées au dossier.

4.

4.1 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8

avril 2008 consid. 2.1). 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

4.2 En principe, le juge ne s'écarte 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.

Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

4.3 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 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

4.4 L'on ajoutera qu'en matière d'assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

4.5 Sur le plan somatique, il est constant que le recourant est en mesure d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de sa main gauche, consécutives à l'accident du 9 mai 2007, ce au plus tard dès mai 2008 selon l'appréciation convaincante du Dr X._____ du 29 mai 2008.

Quoi qu'en dise le recourant, l'on ne voit pas que sa situation se soit modifiée, notamment postérieurement aux constats contenus dans le rapport d'examen précité, les renseignements communiqués le 30 juillet 2008 par son chirurgien traitant, le Dr N._____, à l'attention de l'intimé ne faisant état d'aucun changement substantiel de son état de santé.

Le recourant ne soutient d'ailleurs pas sérieusement que tel eût été le cas, se limitant à constater l'ancienneté des pièces médicales sur cette question, sans toutefois n'apporter aucun élément nouveau du registre purement somatique.

Partant, il y a lieu de considérer que l'assuré est bel et bien en mesure, de ce point de vue, de déployer une activité lucrative à plein temps pour autant que soient respectées les restrictions d'utilisation de sa main gauche, telle qu'énumérées par le SMR dans l'avis du 29 octobre 2010, en lien avec le port de charge moyennes à lourdes et l'exposition au froid.

4.6 En l'occurrence, l'enjeu du litige a manifestement trait au registre psychiatrique, pour lequel l'assuré a été examiné successivement par quatre experts en psychiatrie et psychothérapie, dont les rapports, indépendamment de leurs qualités respectives, divergent sensiblement tant en termes diagnostiques qu'en lien avec l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré.

Ont en effet été discutés, respectivement réfutés, les diagnostics d'un « état de stress post-traumatique » et d'un « épisode

dépressif », tandis que l'on dispose d'appréciations de la capacité de travail, estimée tantôt nulle, tantôt à concurrence de 100%.

En présence d'avis spécialisés diamétralement opposés, il ne fait pas de doute qu'une expertise supplémentaire, conduite sous l'égide de la Cour de céans, se justifiait au regard de la jurisprudence rappelée supra sous considérant 4.1.

4.7 Dans cette constellation particulière, le rapport d'expertise judiciaire du Dr C._____, établi le 4 août 2014, remplit à l'évidence la totalité des réquisits jurisprudentiels, de sorte que l'on se doit de lui accorder pleine valeur probante, ainsi que l'ont d'ailleurs concédé les parties.

Singulièrement, l'expert a procédé à des investigations fouillées de la situation médicale de l'assuré non sans avoir procédé à un examen clinique méticuleux. Il a par ailleurs opéré une analyse complète des pièces du dossier et, plus particulièrement, des précédentes appréciations de ses confrères spécialistes. Il a discuté l'ensemble des diagnostics évoqués en l'espèce, tout en prenant en considération les plaintes alléguées par le recourant. Ses remarques sur lesdits diagnostics et ses conclusions de ce point de vue sont au demeurant tout à fait convaincantes, compte tenu de ses observations cliniques, confrontées à ses explications théoriques. Il n'a au surplus pas manqué de justifier précisément son appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, laquelle a en conséquence lieu d'être suivie.

Ainsi que l'a exposé l'expert judiciaire, il convient de retenir les diagnostics de « trouble/état de stress post-traumatique » et d'un « état dépressif en rémission partielle », ces pathologies s'étant amendées durablement dès fin juin 2009 permettant ainsi à l'assuré d'exercer en théorie une activité lucrative à 60% dans une activité adaptée. Celle-ci devra tenir compte, en sus des restrictions physiques, des fluctuations des troubles psychiques, lesquels sont susceptibles d'entraîner « fatigue, fatigabilité, diminution de la concentration et de l'intérêt », ainsi que

« fragilité face aux facteurs de stress » (cf. rapport d'expertise du Dr C. _____ du 4 août 2014, p. 27 et 28).

Aussi, dans la mesure où l'expert a observé une amélioration de l'état de santé psychique du recourant, se répercutant sur sa capacité de travail à hauteur de 60% dans une activité adaptée dès juillet 2009, force est de déduire, à l'instar de l'intimé, qu'un motif de révision au sens entendu par l'art. 17 LPGA est avéré en l'espèce.

Ce constat impose une nouvelle évaluation de l'invalidité du recourant et le réexamen de son droit aux prestations de l'AI à compter du mois d'octobre 2009, soit à l'issue du délai de trois mois consacré par l'art. 88a al. 1 RAI.

5.

5.1 En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative.

Aux termes de 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 règle ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

Est déterminant lors de la comparaison des revenus au le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, l'assureur étant cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture

du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174 consid. 4a ; TFA I 440/01 du 22 août 2002).

5.2 Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre sa formation (ou son perfectionnement professionnel) ou si le marché du travail ne lui permet pas d'avoir une activité à plein temps l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir (ATF 131 V consid. 5.1.2 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2.). C'est pourquoi par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre ce qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 46 consid. 5c/bb).

5.3 Le revenu d'invalide doit être fixé avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en

compte pour fixer le revenu d'invalidé. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires, édictée par l'OFS [Office fédéral de la statistique]) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En cas de recours aux ESS, on se réfère à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182).

5.4 Il est par ailleurs notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits 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). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

A titre exemplatif, l'on relèvera que le Tribunal fédéral a considéré qu'une réduction de 10% des salaires statistiques tenait compte équitablement de la situation personnelle, soit des limitations fonctionnelles liées au handicap et de la nationalité, dans le cas d'un homme assuré, ressortissant étranger, âgé de 38 ans au moment de la

comparaison des revenus. Celui-ci, jardinier de profession, avait été victime de plaies multiples à la main droite (main dominante) en se blessant avec une cisaille électrique sur son lieu de travail, lesquelles avaient requis une importante réparation chirurgicale, puis entraîné une algodystrophie de la main droite, accompagnée d'une diminution de la mobilité des doigts et d'une perte de sensibilité (TF 9C_177/2008 du 9 décembre 2008 consid. 4).

Dans un arrêt antérieur, le Tribunal fédéral des assurances a analysé la situation d'un assuré de plus de 50 ans, chauffeur poids lourds, victime d'une maladie de Dupuytren affectant les deux mains et ayant dans l'enfance subi l'amputation partielle d'un pouce et d'un index. Il a à cette occasion procédé à un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé fondé sur les ESS (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 5).

Cela étant, le Tribunal fédéral a rappelé, dans un arrêt très récent, le pouvoir de l'autorité judiciaire cantonale quant au contrôle en opportunité de la décision administrative. Cet examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle adoptée par l'autorité administrative, dans le respect de son pouvoir d'appréciation, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Le juge ne peut toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (TF 9C_652/2014 consid. 3.2 in fine ; ATF 137 V 71 consid 5.2)

5.5 In casu, le recourant ne conteste pas - à juste titre - le revenu hypothétique sans invalidité mis à jour par l'intimé à l'issue de la communication interne du 29 août 2014, à savoir le montant de 63'648 fr., après actualisation à l'année 2009.

Ce revenu a été établi par l'OAI sur la base des données communiquées par l'ancien employeur de l'assuré, la société P._____SA (cf. rapport de l'employeur du 8 janvier 2008). Ce procédé ne prête pas

flanc à la critique dans la mesure où il reflète au plus près les revenus concrètement réalisés par l'assuré en bonne santé et s'avère donc parfaitement conforme à la jurisprudence fédérale citée supra au considérant 5.2.

5.6 Quant au revenu d'invalidé, en l'absence de toute reprise d'activité lucrative postérieurement à l'accident du 9 mai 2007, l'OAI a bon droit recouru aux salaires statistiques des ESS en se fondant sur le montant total du tableau TA1 regroupant l'ensemble des activités de la production et des services.

Le salaire de référence in casu est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2008, soit 4'806 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2008, TA1, niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,6 heures en 2009 ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 4'998 fr. ($4'806 \text{ fr.} \times 41,6 / 40$), ce qui met à jour un salaire annuel de 59'979 francs.

Le recourant étant en mesure d'exploiter une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée dès fin juin 2009, le salaire hypothétique d'invalidé s'élève à 36'744 fr. après actualisation à l'année 2009 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS/ La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 10.3).

5.7 Contrairement à l'appréciation de l'intimé, il se justifie en outre, par le biais d'un examen en opportunité de la globalité du cas sur les bases des conclusions de l'expertise judiciaire (cf. rapport d'expertise du Dr C._____, p. 32 à 34), de procéder à une réduction de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles retenues sur les plans physique

et psychique, ainsi que du fait que le recourant ne peut mettre à profit qu'une capacité de travail partielle.

Si le recourant conserve certes des ressources et poursuit en l'état un traitement réputé adéquat, il apparaît néanmoins que de nombreux éléments font obstacle à la reprise d'une activité lucrative adaptée sur le marché du travail en dépit de ses facultés d'intégration. L'on soulignera notamment la capacité de travail résiduelle partielle, estimée telle pour une durée indéterminée, ainsi que la longue période d'inactivité accompagnée du déconditionnement corrélatif depuis 2007. Par ailleurs, la pathologie psychique affectant le recourant est considérée comme une entrave importante à la reprise d'activité, en ce qu'elle entraîne des émotions fluctuantes, des relations difficiles à autrui et s'avère un trouble fluctuant en intensité de manière peu prévisible. Dans ce contexte, l'expert a également souligné la difficulté de son pronostic, précisément en raison de l'imprévisibilité de l'exploitation linéaire de la capacité résiduelle de travail. Il a par ailleurs clairement mentionné le caractère indispensable d'un accompagnement dans le cadre de mesures professionnelles adéquates.

En définitive, une déduction de 15% paraît tenir compte de manière appropriée des circonstances du cas concret en dépit du jeune âge de l'assuré, tandis que l'on ne saurait à l'évidence se rallier à la position de l'OAI en ce qu'il estime qu'une déduction ne se justifie aucunement.

Après avoir opéré un abattement de 15%, le revenu annuel d'invalidé déterminant s'élève ainsi in casu à 36'744 francs.

5.8 La comparaison des revenus détaillés ci-dessus met à jour en définitive un taux d'invalidité de 51% ($[(63'648 - 36'744) \times 100 / 63'648]$), ouvrant le droit à une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2009.

6. Reste à examiner le droit à des mesures d'ordre professionnel, en particulier à un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI,

lequel a été expressément nié par la décision du 18 juillet 2012, ainsi qu'à des mesures de réinsertion selon l'art. 14a LAI revendiquées par le recourant par devant la Cour de céans.

6.1 Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5e révision de l'AI] ; FF 2005 4215, 4223 ch. 1.1.1.2).

L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles – fonctionnelles et/ou intellectuelles – de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 138 I 205 consid. 3.1 et la référence citée).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et la référence citée).

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 œuvre une mesure ou y mettre fin (TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 2002 p. 111 ; TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1).

A teneur de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

6.2 Aux termes de l'art. 14a LAI (entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008). l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en oeuvre de mesures d'ordre professionnel.

Se prononçant sur cette disposition dans le cadre d'une procédure visant à la coordination de la jurisprudence conformément à l'art. 23 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), les deux Cours de droit social du Tribunal fédéral réunies en plénum ont décidé, le 18 novembre 2010, que le droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle suppose que l'assuré présente une incapacité de travail de 50% au moins non seulement dans sa profession (art. 6, 1^{ère} phrase, LPGA), mais également dans une autre profession ou un autre

domaine d'activité (art. 6, 2^{ème} phrase, LPGA ; ATF 137 V 1 consid. 7 ; TF 9C_597/2010 du 7 février 2011 consid. 2).

En l'espèce, comme démontré par l'expert judiciaire et retenu par la Cour de céans, le recourant est capable d'exercer une activité adaptée à 60%. Il ne réalise dès lors pas la condition posée par l'art. 14a LAI afférente à une incapacité de travail d'au moins 50% quelle que soit l'activité considérée.

Le droit à des mesures de réinsertion préparant la réadaptation professionnelle au sens de l'art. 14a LAI doit à l'évidence être nié à l'assuré, ainsi que l'a fait valoir à bon droit l'intimé dans son écriture du 5 novembre 2014.

6.3 Selon l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, il ne peut prétendre 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. 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 (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissance. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. La personne qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a).

En l'espèce, l'on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir refusé le bénéfice d'un reclassement professionnel à l'assuré aux termes de la décision entreprise. A ce stade, l'OAI avait en effet retenu que le recourant ne remplissait pas la condition objective d'un degré d'invalidité minimal de 20%. En outre, il apparaissait selon toutes vraisemblances que l'assuré n'était guère motivé à entrer dans une démarche de réinsertion dans le mesure où il concluait au maintien d'une rente entière d'invalidité sans limite temporelle au-delà du 30 septembre 2009.

A l'issue de la présente procédure, dès lors que le degré d'invalidité du recourant s'élève à 51% du fait de la survenance avérée et durable d'un motif de révision dès le mois de juin 2009, il convient de constater que la condition objective d'un seuil minimal de 20% ouvrant le droit à une mesure de reclassement professionnel est remplie. Le

recourant a donc théoriquement droit à sa mise en œuvre, pour autant que les conditions subjectives justifiant une telle mesure puissent être reconnues.

L'on relèvera au surplus que faute d'analyse concrète opérée par le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI en l'état, l'on ne voit pas sur quelles bases l'intimé parvient à la conclusion que des mesures professionnelles ne seraient pas susceptibles de favoriser la réintégration du recourant sur le marché du travail (cf. communication interne dudit service du 28 août 2014, ainsi qu'écritures de l'OAI des 2 octobre 2014 et 5 novembre 2014).

La mise en œuvre de mesures professionnelles, respectivement d'un reclassement, devra donc être investiguée plus avant et donner lieu cas échéant à une nouvelle décision à cet égard.

7. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2009, suite à l'amélioration de son état de santé psychique constatée dès la fin du mois de juin 2009.

Dans ce contexte, il incombera également à l'intimé d'examiner la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, singulièrement d'un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI.

7.1 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

7.2 Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu, d'après l'importance et la complexité du litige, ainsi que du fait de la mise en

œuvre d'une expertise judiciaire, à 3'000 fr. (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 7 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision, rendue le 18 juillet 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2009, fondé sur un degré d'invalidité de 51%.
- III. La cause est renvoyée en tant que de besoin à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud pour mise en œuvre de mesures professionnelles.
- IV. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant le montant de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Anne-Sylvie Dupont, à Lausanne (pour K. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :