

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 février 2014

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. a) W._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1970, était employé comme maçon par l'entreprise K._____ depuis mars 2003 lorsque, le 12 juillet 2004, il a chuté d'une hauteur de 10 mètres dans le cadre de son travail, subissant une fracture peu déplacée du trochiter de l'humérus proximal gauche, une fracture comminutive intra-articulaire du radius distal gauche et une fracture diaphysaire transverse du cubitus distal gauche. Il a été hospitalisé du 12 au 26 juillet 2004 au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier H._____), où il a bénéficié d'une réduction ouverte et ostéosynthèse du cubitus distal gauche par plaque et vis et stabilisation du poignet gauche par fixateur externe le 12 juillet 2004, ainsi que d'une réduction ouverte et ostéosynthèse du radius distal gauche avec greffe osseuse le 23 juillet 2004 (cf. lettres de sortie du Centre hospitalier H._____ des 29 juillet et 4 août 2004).

L'intéressé n'a pas repris le travail à la suite de son accident. Il sera licencié le 31 mars 2009.

b) Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA).

L'assuré a séjourné à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique P._____) du 5 avril 2005 au 4 mai 2005. Dans ce contexte, il est résulté ce qui suit d'un consilium psychiatrique du 11 avril 2005 mis en œuvre par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (cf. rapport du 10 mai 2005) :

"Sur le plan psychiatrique, le sujet mentionne des réveils nocturnes avec sudation, le plus souvent en rapport avec des cauchemars. Il mentionne aussi l'anxiété face aux indices de l'accident. Il dit avoir maintenant le vertige, alors qu'avant il travaillait en hauteur sans problème. Enfin, il mentionne les problèmes de mémoire, de concentration et une irritabilité qui lui est reprochée par ses enfants.

A l'examen, on est face à un homme vigile, orienté, qui ne présente pas de troubles intellectuel. L'humeur est nettement abaissée avec des idées de ruine et d'insuffisance, le patient disant avoir tout perdu. Il y a régulièrement des idéations suicidaires. Le sujet dit qu'on ne peut pas vivre comme cela. L'anxiété monte dès qu'on aborde l'accident. Il n'y a pas d'éléments psychotiques florides tels qu'un délire ou des hallucinations.

Diagnostic

Trouble état de stress post traumatique (F43.1)

Discussion

[...]

Sur le plan psychiatrique, on doit retenir un état de stress post traumatique. Les réveils nocturnes avec sudation sont assimilables à des intrusions. Il y a les conduites d'évitement (peur des indices de l'accident et vertiges en hauteur). Enfin, il y a l'hyperéveil avec l'irritabilité, l'insomnie et les troubles de la mémoire.

Dans l'immédiat, je pense qu'un suivi psychothérapeutique à la Clinique est souhaitable. Un antidépresseur me semblerait utile. [...]"

A la suite d'un consilium psychiatrique du 26 avril 2005, le Dr M. _____ a précisé ce qui suit (cf. rapport du 9 mai 2005) :

"[...] il me semblerait aujourd'hui juste de retenir une incapacité de travail d'environ 50% sur le seul plan psychiatrique. Il serait par ailleurs souhaitable que ce sujet soit suivi par un médecin psychiatre après la sortie."

Dans leur rapport de synthèse du 30 mai 2005, les médecins de la Clinique P. _____ ont rappelé les différentes atteintes somatiques présentées par l'assuré, essentiellement suite à son accident du 12 juillet 2004, et ont également mentionné, à titre de comorbidité, un état de stress post-traumatique. Ils ont en particulier exposé ce qui suit :

"APPRECIATION ET DISCUSSION :

[...]

En conclusion, M. W. _____ présente des douleurs au niveau du MSG, au niveau de la main, du poignet, du coude avec perte de sensibilité dans le territoire du nerf cubital et de l'épaule G. Il présente des gonalgies à D et des talalgies.

D'un point de vue objectif, on peut conclure pour le MSG à une discrète neuropathie cubitale G de type irritatif avec un site lésionnel vraisemblablement au niveau du coude mais sans bloc de conduction, sans atteinte du canal de Guyon ni plexopathie. La composante neurogène des douleurs peut être considérée comme mineure et ne nécessite pas de mesure spécifique. D'un point de vue orthopédique, le patient a été vu par le Dr X. _____ du Centre hospitalier H. _____ pour un contrôle post AMO. Il n'y a pas de mesure particulière à prendre. Pour les gonalgies D, on conclut à un syndrome fémoro-patellaire.

D'un point de vue psychiatrique, un état de stress post-traumatique a été retenu, avec un tableau relativement inconstant où prédominent parfois les éléments dépressifs, parfois la catastrophisation. Durant le séjour, l'évolution est lentement favorable. [...] Il est conseillé au patient de poursuivre un suivi psychiatrique en ambulatoire, proposition à laquelle il n'adhère pas pour l'instant. L'état psychiatrique justifie une incapacité de travail à 50%.

En conclusion, dans le contexte du catastrophisme présenté par le patient, les aptitudes fonctionnelles ne peuvent être déterminées qu'au vu des résultats objectifs des examens cliniques et radiologiques. [...] Le patient devrait être annoncé à l'AI, afin de procéder à un reclassement professionnel, M. W. _____ étant dans l'impossibilité de reprendre son activité professionnelle de maçon."

c) Dans l'intervalle, à savoir le 27 mai 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), invoquant une fracture du poignet gauche, une fracture de l'humérus gauche et une lésion cubitale gauche, ensuite de l'accident du 12 juillet 2004.

Interpellée par l'OAI, la Dresse D. _____, médecin généraliste traitant, a fait part de ses observations dans un rapport du 23 juin 2005. A titre de diagnostics se répercutant sur la capacité de travail, elle a mentionné une fracture intra-articulaire du radius distal gauche avec ostéosynthèse le 12 juillet 2004, une fracture diaphysaire transverse du cubitus distal gauche ostéosynthésée le 12 juillet 2004 avec ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) le 31 mars 2005, une lésion partielle du nerf cubital au niveau du poignet gauche dès le 12 juillet 2004, des gonalgies droites, un état de stress post-traumatique et une cécité de l'oeil gauche connue depuis l'enfance. La Dresse D. _____ a indiqué que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de maçon et que l'état de

santé de l'assuré s'aggravait. Elle a ajouté que l'évolution était extrêmement défavorable et que l'assuré avait par ailleurs développé un état dépressif réactionnel. La Dresse D._____ a considéré que l'exercice d'une autre activité était exigible mais n'a pas précisé à quel taux, respectivement l'a évalué à «0% pour l'instant».

Par rapport du 21 septembre 2005 adressé à l'OAI, le Dr X._____, chef de clinique adjoint au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier H._____, a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de fracture du trochiter de l'humérus proximal gauche, de fracture diaphysaire transverse du cubitus distal gauche traitée par ostéosynthèse le 12 juillet 2004 avec AMO le 31 mars 2005, de fracture comminutive intra-articulaire du radius distal gauche traitée par ostéosynthèse le 23 juillet 2004, de lésion partielle du nerf cubital au niveau du poignet gauche et d'état de stress post-traumatique existant depuis le 12 juillet 2004. Le Dr X._____ a relevé que l'état de santé de l'assuré s'aggravait, que celui-ci ne suivait plus aucune thérapie pour les lésions au niveau du membre supérieur gauche, mais qu'il bénéficiait en revanche d'un traitement pour l'état de stress post-traumatique. Ce médecin a émis un pronostic défavorable compte tenu de la limitation fonctionnelle subjective et objective au niveau du membre supérieur gauche mais surtout de l'état de stress post-traumatique mis en évidence. Le Dr X._____ a estimé que l'activité exercée jusqu'à alors n'était plus exigible mais que l'exercice d'une autre activité était envisageable, soit une activité peu exigeante sur le plan physique et évitant surtout une surcharge du membre supérieur gauche. Il a ajouté qu'il faudrait éviter des déplacements supérieurs à 20 minutes, prévoir la possibilité d'une alternance fréquente entre station assise et position debout et éviter le port de charges supérieures à environ 10 kg. Enfin, le Dr X._____ a considéré que dans le contexte de l'état de stress post-traumatique, une activité maximale d'environ 4 heures par jour était exigible, et que dans l'éventualité d'une amélioration sur le plan psychologique, le temps d'emploi pourrait être augmenté progressivement.

Aux termes d'un rapport du 4 octobre 2005 à l'attention du médecin-conseil de la CNA, les Drs G. _____ et Q. _____, de l'Unité de psychiatrie ambulatoire (ci-après : l'UPA) d'O. _____, ont retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique tout en signalant de surcroît un tableau dépressif avec somatisation. Ils ont relevé que vu l'évolution de l'assuré, le pronostic était réservé à moyen terme. D'un point de vue psychiatrique, ils ont estimé que l'intéressé disposait d'une capacité de travail de 50%.

A la suite d'un examen médical final réalisé le 10 janvier 2006, le Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, s'est prononcé sur la situation en ces termes :

"APPRECIATION

[...]

Sur le plan somatique, les séquelles de l'accident se présentent principalement sous forme de troubles douloureux de l'épaule et du poignet gauche, d'un syndrome irritatif avec dysesthésie et hypoesthésie résiduelle dans le territoire du nerf cubital à gauche.

[...]

La situation peut être considérée comme suffisamment stabilisée sur le plan somatique pour passer à la liquidation du cas et à l'appréciation de l'IPAI.

Un traitement psychiatrique est toujours en cours au niveau du Centre psycho-social de N. _____ pour des troubles psychologiques pouvant à mon avis être encore mis en relation de causalité naturelle avec l'accident et pour lesquels la poursuite d'une prise en charge psychiatrique paraît indiquée. Une incapacité de travail de 50% a été reconnue sur le plan psychiatrique.

Le retour à une capacité de travail en tant que maçon est excl[u]. Si l'on tient compte exclusivement des séquelles somatiques: cet assuré pourra mettre en valeur une pleine capacité de travail dans toute activité n'exigeant pas de sollicitations répétées ou importantes du membre supérieur gauche ni de sollicitations manuelles gauches autres qu'à hauteur d'établi.

[...]"

Aux termes d'un rapport du 20 mars 2006 destiné à l'OAI, les Drs T. _____ et C. _____, de l'UPA de N. _____, ont retenu les

diagnostics avec impact sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis au moins octobre 2005, de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe depuis au moins avril 2005, d'impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche post-traumatique depuis juillet 2004, de gonalgie bilatérale sur syndrome fémoro-patellaire et de cécité de l'oeil gauche depuis l'adolescence. En guise de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont signalé un trouble somatoforme douloureux (céphalées et douleurs thoraciques principalement) ainsi qu'un strabisme divergent de l'oeil gauche depuis l'adolescence. Ces médecins ont considéré que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Ils ont notamment relevé que ce dernier se plaignait de troubles de l'endormissement, de réveils nocturnes et de cauchemars dans lesquels il revivait son accident de juillet 2004; le même thème était présent de manière récurrente durant la journée, sous forme de souvenirs envahissants (flash-back). Par moment, lors des paroxysmes douloureux, le patient était envahi par un sentiment de mort prochaine et se persuadait qu'il n'avait pas d'avenir. Sur le plan relationnel, il se détachait de sa famille et de ses connaissances pour se centrer sur la problématique douloureuse. La thymie était triste. On notait une perte d'intérêt et de plaisir, une absence de projection dans l'avenir, des troubles de la concentration et de la mémoire, ainsi qu'une fatigue importante. Des idées suicidaires étaient certainement présentes, mais pas verbalisées comme telles, et il n'y avait pas de trouble formel de la pensée, ni d'idéation délirante ou hallucinatoire. Les Drs T. _____ et C. _____ ont retenu que l'incapacité de travail était totale sur le plan psychiatrique et qu'au vu de l'absence de progression de la symptomatologie tant psychiatrique que somatique durant les derniers mois, le pronostic de reprise d'une activité professionnelle était très réservé.

Dans le cadre de la procédure devant la CNA, une expertise a été effectuée par la Dresse F. _____, psychiatre, laquelle a rendu son rapport le 27 juin 2006, faisant état de ce qui suit :

"4. Diagnostics
[...]

- Episode dépressif léger sans syndrome somatique F32.00
- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0

5. Appréciation du cas et pronostic

[...]

Le 12.07.2004, dans le cadre de son activité professionnelle, M. W._____ chute d'un toit, d'une hauteur d'environ 10 m. S'ensuivent diverses fractures au niveau du bras gauche nécessitant une réduction et une ostéosynthèse. L'évolution est défavorable avec apparition d'une maladie de Südeck et recrudescence des douleurs. Un séjour à la Clinique P._____ à [...] n'améliore guère la situation [...].

Dans ce contexte, M. W._____ est vu par le Dr M._____, psychiatre ; ce dernier conclut à un état de stress post-traumatique et propose un suivi psychothérapeutique associé à un traitement d'antidépresseur [...]. Selon le Dr M._____, en fin de séjour, la situation psychique s'améliore et la poursuite d'un suivi psychiatrique ambulatoire associée au traitement antidépresseur est recommandée. Dans un premier temps, M. W._____ n'y donne pas suite puis dès juillet 2005, il est pris en charge à l'Unité psychiatrique d'O._____ puis à celle de N._____. Le rapport du 04.10.2005, rédigé par la Dresse [...], décrit un status compatible avec un tableau dépressif et somatisation. Une capacité de travail de 50% est reconnue.

Lors de mon entretien du 15.06.2006 pour la présente expertise, M. W._____ relatait des cauchemars récurrents, environ une nuit sur deux. Cependant, aucune pensée intrusive, flash-back, conduite d'évitement, attaque de panique ou phobie (mais évocation d'une peur du vide) ni état de qui-vive, n'était objectivé ; par conséquent, l'état de stress post-traumatique diagnostiqué en avril 2005 est actuellement en rémission.

Cependant s'est développé un épisode dépressif réactionnel, actuellement léger selon la symptomatologie. Différents traitements antidépresseurs ont été introduits puis cessés en raison d'effets secondaires décrits par l'expertisé. Actuellement, M. W._____ signale une amélioration de sa thymie malgré un taux sérique très abaissé de Trimipramine (Surmontil). Se sont également surajoutées à ce tableau dépressif des douleurs diffuses au niveau de diverses articulations mais non objectivables durant la présente expertise.

La sociabilité est maintenue, M. W._____ rencontre régulièrement ses frères, des amis et se rend dans son pays d'origine en voiture ou en bus. Les activités du quotidien sont effectuées sans difficulté majeure.

Face à sa situation, M. W._____ évoque essentiellement les répercussions financières ; en effet, suite à l'accident, l'expertisé a dû faire venir en urgence son épouse et leurs deux fils en Suisse, du fait qu'il n'était pas indépendant à l'époque dans les activités de la vie quotidienne. Parallèlement, son salaire a été diminué, rendant la situation financière précaire. D'autre part, le projet de l'expertisé était de terminer sa maison [a]u Portugal pour y vivre ultérieurement ; ce projet reste actuellement en suspens, faute d'argent.

Quant à la reprise d'une activité professionnelle, M. W. _____ n'évoque aucune possibilité d'emploi et n'est pas en mesure de se projeter dans une autre profession que celle de maçon.

A ce jour, l'épisode dépressif léger sans syndrome somatique et la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 12.07.2004. Ces éléments sont du ressort de la maladie, depuis au moins début 2006, et nécessitent la poursuite d'une prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse.

A relever un taux sérique très bas d'antidépresseur évoquant une mauvaise compliance. Quant au traitement, la prise journalière d'antidépresseurs devrait permettre une amélioration de la symptomatologie, voire une rémission de l'épisode dépressif léger.

Cependant, le pronostic quant à la reprise d'un emploi reste défavorable en raison du contexte social et des difficultés financières, mais ces éléments sortent du champ médical.

Sur le plan psychique, la capacité de travail quelle que soit l'activité est d'au moins 70%.

REPONSES AUX QUESTIONS

[...]

5. En cas de troubles psychiques :

5.1. La personne assurée souffrait-elle déjà avant l'accident d'une affection psychique? Si oui, laquelle selon l'ICD 10 ?

Avant l'accident, selon l'anamnèse, M. W. _____ ne présentait pas d'affection psychique.

5.2. Comment la personne assurée a-t-elle subjectivement vécu et assimilé l'accident ?

Lors de sa chute d'environ 10 m, M. W. _____ s'est vu confronté à la mort. Une fois à terre puis emmené en hélicoptère, il dit avoir banalisé la situation constatant que l'atteinte physique se limitait à son bras gauche.

Par la suite, l'évolution somatique se déroulant défavorablement avec apparition d'une maladie de Südeck, M. W. _____ s'est montré de plus en plus pessimiste quant à son avenir, évoluant même vers une « vision catastrophique ». C'est également dans ce contexte qu'il développe progressivement des symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique.

Ces symptômes ont régressé puis cessé - à l'exception des cauchemars - sous traitement antidépresseur et suivi psychothérapeutique.

5.3. Quelle appréciation porte la personne assurée sur ses troubles psychiques ?

M. W. _____ impute son épisode dépressif à son atteinte physique et aux douleurs résiduelles. Il attribue également ses difficultés aux problèmes financiers apparus depuis l'accident de juillet 2004.

5.4. Quel rôle joue la structure de la personnalité ?

La personnalité est fruste, peu différenciée avec des capacités de mentalisation pauvres, sans que l'on ne puisse toutefois retenir un diagnostic de trouble grave de la personnalité selon l'ICD 10.

5.5. Existe-t-il des facteurs étrangers à l'accident ?

L'état de stress post-traumatique diagnostiqué en avril 2005 est une conséquence naturelle de l'accident. Cependant, cet état de stress post-traumatique est en rémission depuis environ début 2006, ceci étant l'évolution « normale » après un traumatisme.

L'épisode dépressif léger et la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne sont pas une causalité naturelle de l'accident et doivent être imputés à des facteurs étrangers, telles une personnalité pré morbide, des difficultés sociales et financières.

[...]

7. Capacités professionnelles :

7.1. Au regard des seuls troubles psychiques comment appréciez-vous la capacité de travail, en termes de rendement, en qualité de maçon?

Existe-t-il - cas échéant en sus d'une baisse de rendement - une limitation horaire ?

Sur le plan purement psychique, la capacité de travail en tant que maçon est d'au moins 70%, soit environ 6 heures par jour, sans baisse de rendement.

7.2. Au regard des seuls troubles psychiques, quelles fonctions et activités sont-elles encore exigibles? Avec quel horaire et rendement ?

Sur le plan psychique, d'autres activités simples, ne nécessitant pas de formation ou d'apprentissage particulier, sont exigibles à raison d'au moins 70% avec un rendement complet.

8. Pronostic :

8.1. Peut-on attendre avec le temps un amendement partiel ou total du tableau psychique ?

L'épisode dépressif léger devrait s'amender totalement sous médication antidépressive. Quant aux douleurs relatées par l'expertisé, il est à craindre que celles-ci se chronicisent au vu des facteurs sociaux et financiers décrits ci-dessus.

8.2. Si oui, dans quel délai ?

L'épisode dépressif léger sans syndrome somatique devrait s'amender dans un délai de six ou neuf mois pour autant que l'expertisé soit compliant à la médication et les doses d'antidépresseur ajustées en fonction de la clinique.

8.3. Ou peut-on affirmer que lesdits troubles subsisteront vraisemblablement avec au moins la même gravité la vie durant ?

L'épisode dépressif léger devrait être transitoire et ne pas persister la vie durant. Quant aux douleurs, majorées pour des raisons psychologiques, le pronostic paraît mauvais au vu des représentations de l'expertisé. En effet, ce dernier se considère comme « invalide ».

8.4. Du point de vue psychiatrique, quels motifs parlent ici contre le principe de dégressivité des troubles psychiques ?

La personnalité fruste, peu différenciée, la scolarisation limitée et l'absence de formation peuvent expliquer les troubles psychiques, tels l'épisode dépressif léger et la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

9. Quelle est l'importance des facteurs étrangers à l'accident dans le tableau psychique actuel ?

Actuellement, les facteurs étrangers à l'accident sont d'au moins 70 %."

Aux termes d'un compte-rendu du 28 août 2006 à l'attention de la CNA, le Dr X. _____ a exposé que l'évolution restait défavorable sur le plan somatique, l'assuré souffrant de surcroît d'un état de stress post-traumatique consécutif à l'accident du 12 juillet 2004.

Se fondant essentiellement sur les rapports des Drs V. _____ et F. _____ respectivement des 10 janvier et 27 juin 2006, le Dr S. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu le 19 octobre 2006 que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle mais de 70% dans une activité adaptée, le début de l'aptitude à la réadaptation étant fixé au 10 janvier 2006.

Dans un rapport complémentaire du 1^{er} février 2007, le Dr V. _____ a confirmé, sur le plan somatique, qu'un retour à une capacité de travail en tant que maçon était exclu et qu'une pleine capacité ne pourrait être mise en valeur que dans une activité mono-manuelle ou ne nécessitant pas de sollicitation manuelle gauche autre que dans une fonction presse-papier ou de contre-appui léger à hauteur d'établi - appréciation que ce médecin a ultérieurement maintenue (cf. rapport du 6 juillet 2007).

Après avoir pris connaissance du dossier, le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de la CNA, a indiqué dans une note du 8 février 2007 que les conclusions de l'expertise effectuée par la Dresse F._____, étaient bien fondées et qu'il n'y avait pas lieu de les contester.

Dans un rapport du 22 octobre 2007, la Dresse J._____, médecin associé au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier H._____, a notamment signalé un syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur gauche post-traumatique en lien avec les atteintes subies le 12 juillet 2004, ainsi qu'un état de stress post-traumatique qui, de l'avis de cette praticienne, ne semblait pas s'améliorer.

L'assuré a effectué un stage au Centre Oroph-COPAI d'O._____, du 25 février au 20 mars 2008. Dans ce contexte, il a été examiné par le Dr Z._____, spécialiste en néphrologie et médecine interne générale et consultant auprès du centre précité. Par compte-rendu du 20 mars 2008, ce médecin a observé quelques signes de la série dépressive et à nouveau des signes d'un état de stress post-traumatique; il a relevé en particulier que l'intéressé était peu loquace sauf lorsqu'il s'agissait de parler de sa symptomatologie douloureuse, qu'il signalait notamment de la fatigue, des douleurs au bras, un mauvais sommeil avec des réveils fréquents et des cauchemars, des angoisses, des sudations et des réminiscences de son accident, et que son comportement était amorphe et passif. Aux termes du rapport final établi le 21 avril 2008 à l'issue du stage, il était indiqué que, d'un point de vue purement physique, l'assuré était en mesure d'effectuer des travaux légers pour mono-manuel du membre supérieur droit dominant, avec un rendement de 70%, mais que son comportement et son état psychique rendaient utopique toute tentative de remise au travail.

d) Sur le plan économique, l'entreprise K._____ a indiqué, dans un questionnaire pour l'employeur complété le 4 juillet 2005, que l'assuré avait travaillé à son service du 3 mars 2003 au 12 juillet 2004. Elle

a précisé que le nombre d'heures de travail au sein de l'entreprise s'élevait à 41,75 heures par semaine, que l'horaire annuel conventionnel était de 2'177 heures, qu'avant l'atteinte à la santé l'assuré avait travaillé 47,5 heures par semaine depuis le 7 juin 2004, qu'il avait réalisé un gain annuel total de 58'583 fr. 70 en 2003 équivalant à 1'871,50 heures de travail, et qu'en 2005, sans atteinte à la santé, son salaire horaire se serait chiffré à 29 fr. 241.

Il est ressorti d'une attestation d'impôt à la source pour l'année 2003 que l'assuré avait perçu, de mars à décembre 2003 un revenu annuel déterminant pour le taux fiscal de 64'411 fr. 70, 13^{ème} salaire et gratification inclus; au pied de l'attestation figurait une note manuscrite faisant mention d'un salaire annualisé de 77'294 fr. 04. Par ailleurs, une attestation d'impôt à la source pour l'année 2004 mettait en évidence un montant de 68'873 fr. 40 en guise de base d'impôt.

Un extrait du livre de paie de la société K._____ pour la période du 12 juillet 2003 au 11 juillet 2004 a par ailleurs été produit, indiquant, pour chaque mois, le nombre d'heures effectuées par l'assuré, son salaire horaire, les indemnités perçues pour les jours fériés et les vacances, les montants versés au titre des allocations familiales, d'autres allocations et de 13^{ème} salaire. Selon cet extrait, l'assuré avait ainsi perçu, toutes indemnités et allocations comprises, un montant de 71'681 fr. 65. Au pied du document, il était spécifié que l'assuré avait effectué 2'331 heures de travail durant la période du 12 juillet 2003 et le 11 juillet 2004, y compris 154 heures supplémentaires rémunérées au salaire horaire de base de 26 fr. en 2003, respectivement de 26 fr. 50 en 2004. Il était également précisé que l'horaire conventionnel annuel moyen était de 2'177 heures en 2003 et 2004.

Aux termes d'un écrit du 30 octobre 2006, l'entreprise K._____ a fait savoir à l'OAI que pour l'année 2006, le salaire horaire s'élevait à 29 fr. 891 - part au 13^{ème} salaire comprise - et que l'horaire conventionnel annuel était de 2112 heures.

Dans un rapport final et son annexe intitulée «*détail du calcul du salaire exigible*», datés des 21 et 22 avril 2008, l'OAI a retenu qu'en 2005, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait perçu un salaire de 78'184 fr. selon le questionnaire pour l'employeur du 4 juillet 2005.

Le 14 juillet 2008, la CNA a écrit à l'OAI concernant le salaire sans invalidité de l'assuré, exposant ce qui suit :

"Nous vous remercions de votre envoi du 4.07.08 qui nous communiquait le questionnaire rempli par l'entreprise K._____ le 4.7.05 et qui vous a conduit à calculer un salaire réalisable sans atteinte à la santé de Fr. 78'184.-

Toutefois, nous vous rendons attentifs à l'erreur que ce calcul comporte. En effet, la personne qui l'a réalisé a retenu un salaire horaire de Fr. 29.241 (soit le salaire horaire de base 2005 de Fr. 27.- + le 13ème salaire, soit 8.3 %) et ce salaire de base a été multiplié par l'horaire mentionné au moment de l'accident, soit 47.5 h hebdomadaires, puis multiplié par le nombre de semaines sur l'année (52 semaines) auquel on a rajouté 1.083 % pour le 13ème.

Or, d'une part, le salaire indiqué de Fr. 29.241 contient déjà la part de 13ème et, d'autre part, l'horaire sur l'année ne doit pas tenir compte de l'horaire hebdomadaire saisonnier mais bien du total des heures pour l'année, selon les directives du Syndicat U._____ pour la maçonnerie et génie-civil en 2005. Cet horaire annuel était de 2177 heures.

Le salaire réel de l'assuré en 2005 est donc de Fr. 27.- / h. x 2177 h. x 1.083 pour le 13ème salaire, soit un total de Fr. 63'658.- (arrondi). Vu la différence importante dans les deux chiffres cités, nous tenions à vous le signaler."

Aux termes d'une fiche de communication interne de l'OAI du 22 juillet 2008, il était indiqué que le dossier de l'assuré avait été soumis au service des enquêtes, lequel avait estimé que les arguments développés par la CNA dans son courrier du 14 juillet 2008 étaient pertinents, que le questionnaire pour l'employeur du 4 juillet 2005 comportait manifestement des imprécisions et qu'il fallait par conséquent retenir comme salaire sans invalidité pour l'année 2005 le montant de 63'658 fr. indiqué par la CNA.

e) En date du 10 décembre 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité

pour la période du 1^{er} juillet 2005 au 30 avril 2006, puis d'un quart de rente à partir du 1^{er} mai 2006. L'office a notamment retenu que l'incapacité de travail et de gain était totale à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 12 juillet 2005, justifiant dès lors l'octroi d'une rente entière. Une amélioration de l'état de santé pouvait toutefois être admise au 10 janvier 2006 – date de l'examen médical final effectué auprès de la CNA – avec une capacité de travail exigible de 70% dans une activité adaptée. Cela étant, L'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'588 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2004 et compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.6 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (+1%), d'une capacité de travail de 70% et d'un taux d'abattement de 15% eu égard aux limitations fonctionnelles de l'intéressé, l'OAI a calculé que le revenu d'invalidé s'élevait à 33'409 fr. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 63'658 fr., mettait en évidence une perte de gain de 29'249 fr., ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 45.95% ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2006, soit trois mois après l'amélioration fixée au 10 janvier 2006.

L'assuré, sous la plume de son conseil, a contesté le projet précité par acte du 23 janvier 2009, complété le 26 février 2009, critiquant le revenu de valide arrêté à 63'658 fr. et soutenant que des mesures d'instruction supplémentaires s'imposaient sur les plans psychique et physique. Le 16 mars 2009, l'intéressé a produit un rapport établi le 23 décembre 2008 par les Dresses A._____ et I._____, de l'UPA de N._____, dont il ressortait que l'état psychique était superposable à celui décrit dans le rapport du 20 mars 2006, avec les mêmes symptômes; les psychiatres observaient notamment une chronification et une cristallisation de l'état psychique de l'assuré, lequel présentait toujours une incapacité de travail totale avec un pronostic très réservé compte tenu de l'absence d'évolution.

Dans un avis du 9 avril 2009, le Dr L._____, du SMR, a relevé que le rapport des psychiatres traitants du 23 décembre 2008 confirmait un état psychique superposable à celui de mars 2006 et la présence des mêmes symptômes. Il en a déduit qu'il n'y avait aucune aggravation de l'état de santé psychique depuis trois ans et que l'avis des psychiatres traitants selon lequel l'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis l'accident était une appréciation différente d'une situation identique; cette appréciation était du reste basée sur des diagnostics non retenus par l'expert psychiatre, dont les conclusions devaient être préférées. Le Dr L._____ a observé enfin que les conclusions de l'expertise de juin 2006 étaient toujours d'actualité puisque les médecins traitants attestaient l'absence d'évolution depuis mars 2006.

Le 19 octobre 2009, l'assuré a produit un rapport du 1^{er} mai 2009 émanant du Dr B._____, chef de clinique au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier H._____, lequel - bien que faisant mention d'un état de stress post-traumatique associé à un état dépressif - indiquait ne pas être compétent pour se prononcer sur le plan psychiatrique, mais retenait sous l'angle somatique une pleine incapacité de travail depuis l'accident du 12 juillet 2004.

Par avis médical du 16 décembre 2009, le Dr L._____ a considéré que l'appréciation du Dr V._____ devait être préférée à celle du Dr B._____ et qu'en définitive il n'y avait pas lieu de remettre en question les conclusions du rapport SMR du 19 octobre 2006.

Par courrier du 24 décembre 2009 adressé au conseil de l'assuré, l'OAI a observé qu'un revenu de valide de 63'658 fr. - et non de 78'184 fr. - devait être retenu, conformément aux explications fournies par la CNA dans son écriture du 14 juillet 2008. Concernant l'aspect médical, l'office a estimé, sur la base de l'avis du SMR, qu'il y avait lieu de se rallier aux conclusions de la Dresse F._____ sur le plan psychiatrique et à l'appréciation du Dr V._____ sur le plan somatique.

Par décision du 8 avril 2010, l'OAI a confirmé le projet de décision du 10 décembre 2008.

f) Entre-temps, par décision du 18 février 2009, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 45% dès le 1^{er} mars 2009 - sur la base d'une capacité résiduelle de travail de 70% et compte tenu d'un gain annuel assuré de 71'682 fr. - ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 24%.

Le 20 mars 2009, l'assuré a fait opposition à cette décision.

Le 7 juillet 2009, le Dr R. _____ a procédé à un examen psychiatrique sur la personne de l'assuré. Dans son rapport du même jour, ce médecin a noté en particulier une exclusion fonctionnelle du membre supérieur gauche qui était resté sans aucun mouvement tout au long de l'entretien; il a également souligné que les plaintes étaient innombrables, que l'intéressé disait que rien n'allait, qu'il était toutefois impossible d'obtenir le moindre renseignement objectif et que l'absence de collaboration de l'assuré était manifeste. Pour le reste, le Dr R. _____ a notamment relevé ce qui suit :

"Diagnostic

Episode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00)

Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0)

Trouble dissociatif moteur (exclusion fonctionnelle) (F44.4)

Appréciation

Cet assuré présente une amplification manifeste des troubles psychiques et des troubles somatiques dont il souffre. La relation interpersonnelle est manifestement altérée par un comportement volontairement distant et collant tout à la fois.

Les troubles psychiques sont peu importants malgré les plaintes massives présentées par l'assuré, mais ils ne sont jamais objectivables.

Les menaces suicidaires sont présentées en disant qu'elles ne seront mises à exécution qu'après avoir fait payer ceux qui doivent encore payer le mal qui a été fait.

L'assuré est un homme simple, peu scolarisé, dont les capacités d'adaptation sont limitées. Les troubles psychiques à proprement parler sont peu importants malgré l'ampleur démesurée des plaintes. La discordance entre les plaintes et les troubles constatables est manifeste. Il en est de même en ce qui concerne les limitations fonctionnelles qui sont beaucoup plus importantes que les atteintes séquellaires objectivables.

L'assuré est parfaitement capable de gérer ses affaires. L'intervention du CMS de [...] se limite à un soutien par M. [...], assistant social. Il n'y a aucune aide à domicile pour les soins.

Le diagnostic d'état de stress post-traumatique avait été posé par le Dr M. _____ en 2005. Mais ce dernier avait souligné le caractère inconstant du tableau clinique et avait, paradoxalement, reconnu une capacité de travail de 50%. Le fait de reconnaître l'inconstance du tableau clinique montrait que le diagnostic n'était pas fermement établi. L'expertise de Mme le Dr F. _____ concluait que l'état de stress post-traumatique était résolu et que ne persistaient que des troubles thymiques légers. L'examen de ce jour confirme les conclusions de l'expertise.

Les troubles psychiques à eux seuls ne représentent pas un handicap propre à limiter la capacité de travail. En effet, ils sont peu importants dans leurs manifestations cliniques et ne sauraient en même [sic] représenter une limitation de la capacité de travail.

Les troubles psychiques actuels présents ne sont plus en relation de causalité naturelle prépondérante avec l'accident du 12 juillet 2004. Ce sont des facteurs étrangers à l'accident proprement dit qui sont responsables des troubles psychiques persistants, en particulier une structure de personnalité à traits immatures et dépendants ainsi que caractériels."

Par avis du 11 décembre 2009, le Dr R. _____ a confirmé que les plaintes de l'assuré étaient massives mais les éléments objectifs très pauvres, que l'intéressé assumait parfaitement son autonomie et que les limitations psychiatriques étaient donc inexistantes. Il a conclu que les troubles psychiques ne représentaient dès lors pas un handicap dans la vie quotidienne ou dans une activité professionnelle adaptée, et ne limitaient pas la capacité de travail en eux-mêmes.

Le 8 avril 2011, la CNA a informé l'assuré que, s'agissant des répercussions des séquelles organiques de l'accident, elle s'en tenait à l'avis du Dr V. _____. Sous l'angle psychiatrique, la caisse s'est référée à l'expertise de la Dresse F. _____, dont les conclusions avaient été confirmées par le Dr R. _____ et évoquaient une névrose de

compensation sur le plan psychique. Toutefois, considérant que l'incapacité de travail qui prévalait à l'époque de l'expertise en 2006 ne trouvait plus de justification au moment de la naissance de la rente trois ans plus tard, la CNA a retenu qu'il y avait lieu de ramener le taux de la rente d'invalidité à 21%. Cela étant, un délai était imparti à l'assuré pour retirer son opposition - ce que ce dernier a fait par acte du 31 mai 2011.

B. **a)** Dans l'intervalle, le 10 mai 2010, W. _____ a recouru par l'entremise de son conseil auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre la décision de l'OAI du 8 avril 2010, requérant préalablement la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire et concluant sur le fond à l'annulation de la décision querellée et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens de dite expertise et avec instruction de retenir un revenu sans invalidité de l'ordre de 75'000 fr. En substance, le recourant fait valoir que si l'experte F. _____, le SMR et le Dr R. _____ ont admis une rémission de l'état de stress post-traumatique, les médecins de l'UPA ont pour leur part retenu - dans leurs rapports respectifs des 20 mars 2006, 23 décembre 2008 et 2 juillet 2009 - que cette pathologie avait donné lieu à une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe au moins dès avril 2005. Aussi l'assuré estime-t-il qu'une expertise psychiatrique s'impose afin de lever ces divergences de diagnostic. Sous un autre angle, le recourant soutient que le revenu sans invalidité de 63'658 fr. retenu par l'intimé correspond au salaire arrêté contractuellement et non au revenu effectivement perçu. A cet égard, il considère que dans la mesure où son revenu était soumis à de fortes fluctuations mensuelles dues au nombre irrégulier des heures travaillées, le revenu sans invalidité aurait dû être calculé en se fondant sur la période la plus longue possible, soit en l'occurrence la moyenne des revenus annuels obtenus en 2003 et 2004. En ce qui concerne le revenu annuel pour l'année 2003, il soutient que c'est le montant indiqué sur l'attestation d'impôt à la source pour l'année 2003, soit 77'294 fr. 04, qu'il faut prendre en compte. S'agissant du revenu de l'année 2004, il allègue qu'il faut retenir le montant de 68'873 fr. 40 indiqué sur l'attestation d'impôt à la source de 2004, en le pondérant pour tenir compte du fait qu'il ne représente, en ce qui

concerne la période du 12 juillet au 31 décembre 2004, que l'indemnisation à 80% versée par la CNA. Cela étant, le recourant estime que son revenu sans invalidité avoisine en tous les cas 75'000 fr.

Par réponse du 27 juillet 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant aux explications de la CNA concernant le calcul du revenu sans invalidité.

Le 10 juin 2011, les parties ont été informées de ce que le dossier de la CNA avait été produit.

Par arrêt du 27 juin 2012 (cause AI 183/10 - 226/2012), la Cour des assurances du Tribunal cantonal a admis le recours du 10 mai 2010 et réformé la décision du 8 avril 2010 en ce sens que l'assuré avait droit à une rente entière du 1^{er} juillet 2005 au 30 avril 2006 et à une demi-rente dès le 1^{er} mai 2006. La Cour a considéré que l'assuré ne contestait pas la capacité de travail retenue sur le plan somatique et que, sur le plan psychique, il convenait de se rallier à l'avis concordant des Drs F. _____ et R. _____. Partant, elle a conclu qu'il y avait lieu de suivre l'intimé lorsque celui-ci «*exclu[ait] une incapacité de travail en raison de troubles psychiatriques invalidants et arrêt[ait] la capacité de travail du recourant à 70% en raison de troubles somatiques*». Cela étant, elle a évalué la perte de gain de l'assuré en procédant à la comparaison des revenus déterminants et a ainsi fixé le taux d'invalidité à 49,52%, taux ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2006.

b) Le 6 septembre 2012, l'OAI a déféré l'affaire au Tribunal fédéral, concluant au renvoi de la cause à la juridiction cantonale pour nouvelle appréciation des preuves, nouvel établissement des faits et nouveau jugement. L'office contestait en substance la demi-rente d'invalidité allouée par la juridiction cantonale dès le 1^{er} mai 2006.

Par arrêt du 19 décembre 2012 (TF 9C_686/2012), la II^e Cour de droit social du Tribunal fédéral a admis le recours, annulé le jugement cantonal du 27 juin 2012 et renvoyé la cause à l'instance précédente pour

nouvelle décision. Considérant que la juridiction cantonale avait arrêté de manière manifestement inexacte une capacité résiduelle de travail de 70% sur le plan somatique, la Haute Cour a procédé à une rectification d'office et retenu que, sous l'angle physique, l'assuré disposait d'une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée, conformément aux avis du Dr V. _____ des 10 janvier 2006, 1^{er} février 2007 et 6 juillet 2007, dont les conclusions avaient été reprises par le SMR puis par l'OAI. Au niveau psychique, le Tribunal fédéral a relevé que la Dresse F. _____ avait conclu dans son rapport du 27 juin 2006 à une capacité de travail de 70% s'agissant des seuls troubles psychiatriques et que si, par avis du 8 février 2007, le Dr R. _____ avait dans un premier temps approuvé les conclusions de cette dernière, il avait cependant attesté en dernier lieu – les 7 juillet et 11 décembre 2009 – une capacité entière de travail dans une activité adaptée. Le Tribunal fédéral a considéré que, dans ces conditions, l'instance précédente ne pouvait pas se contenter de juger convaincantes les conclusions des deux psychiatres, sans prendre position sur leur apparente divergence. Aussi a-t-il estimé qu'il convenait de renvoyer la cause à la juridiction cantonale pour qu'elle procède à une appréciation des preuves conforme au droit et se prononce à nouveau sur l'état de santé de l'assuré sur le plan psychique et ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé, respectivement sur le droit de celui-ci à une (demi-)rente d'invalidité.

c) La cause a été reprise par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Le 2 décembre 2013, le juge instructeur a invité le recourant à produire le rapport médical du 2 juillet 2009 évoqué dans le mémoire de recours. Par envoi du 5 décembre 2013, l'assuré a versé au dossier le rapport en question rédigé par les Dresses A. _____ et I. _____, dont on extrait ce qui suit :

"5. Quels sont au plan médical les troubles présentés par [l'assuré] ?

F62.0 Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe

F32.11 Episode dépressif moyen avec syndrome somatique

F45.4 Syndrome somatoforme douloureux persistant

Impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche post-traumatique

Cécité de l'œil gauche, conn[u]e depuis l'adolescence, avec strabisme divergent.

6. Ces troubles sont-ils à l'origine d'une incapacité de travail totale ou partielle. Dans l'affirmative, selon quel taux, pour quels motifs et depuis quand ?

Sur le plan psychiatrique, depuis le début de notre suivi, M. W._____ présente une persistance des mêmes symptômes, malgré une prise en charge psychiatrique intégrée. Nous observons ainsi une chronification et une cristallisation de son état psychique. Ainsi pour nous, M. W._____ présente toujours à l'heure actuelle une incapacité de travail totale avec un pronostic très réservé, compte tenu de l'absence d'évolution.

Quant au début de l'incapacité de travail, nous l'estimons comme étant totale sur le plan psychiatrique depuis le début de notre prise en charge en tous cas (octobre 2005). Il est difficile de se prononcer sur l'incapacité de travail avant cela."

E n d r o i t :

1. L'objet du présent litige doit être déterminé en fonction de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 19 décembre 2012, étant relevé que celui-ci ne portait pas sur le droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 2005 au 30 avril 2006, non contesté par les parties, mais uniquement sur le droit aux prestations à compter du 1^{er} mai 2006.

A cet égard, il est désormais jugé que, sous l'angle somatique, l'assuré conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. TF 9C_686/2012 précité consid. 4.1).

Conformément à l'arrêt de renvoi, il reste à examiner si l'assuré présente des troubles psychiques susceptibles de se répercuter sur sa capacité de travail, puis à déterminer le droit éventuel de l'intéressé à une rente d'invalidité (cf. *ibid.* consid. 4.2).

2. a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (cf. ATF 129 V 4 consid. 1.2).

b) Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette législation, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

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

Un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1). 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 exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Sous l'angle du principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, il sied de relever que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force

contraignante pour l'assurance-invalidité (cf. ATF 133 V 54 consid. 6; cf. TF 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4).

4. 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 (cf. TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. 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 (cf. TF 9C_307/2008 précité, loc. cit.). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. *ibid.*, avec les références citées).

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 (cf. 9C_394/2010 du 24 février 2011 consid. 3.2 et les références citées).

5. Aux termes de la décision attaquée, l'OAI a accordé au recourant une rente dégressive, soit une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 2005 au 30 avril 2006, puis un quart de rente à compter du 1^{er} mai 2006.

a) Le droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 2005 au 30 avril 2006 – compte tenu d'une incapacité totale de travail au terme du délai de carence légal d'une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI, anciennement art. 29 al. 1 let. b LAI), soit en juillet 2005, et ce jusqu'au début de l'année 2006 – n'est pas contesté et la Cour de céans ne voit pas, sur la base des pièces médicales au dossier, ce qui justifierait de s'en écarter. L'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral ne porte d'ailleurs nullement sur cette question qui n'a dès lors pas à être analysée plus avant.

b) Ainsi qu'exposé plus haut (cf. consid. 1 supra), seul le droit aux prestations d'assurance à partir du 1^{er} mai 2006 est litigieux. Plus particulièrement, il convient de déterminer si c'est à juste titre que, considérant que l'état de santé du recourant s'était modifié dès janvier 2006 avec une capacité résiduelle de travail de 70% dans une activité adaptée, l'OAI a mis ce dernier au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2006 (soit trois mois après l'amélioration survenue en janvier 2006, cf. art. 88a al. 1 RAI). A cet égard, il sied de rappeler que le Tribunal fédéral a arrêté de manière définitive que, sur le plan somatique, le recourant disposait d'une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que reconnue par le Dr V._____ dès le 10 janvier 2006 (cf. TF 9C_686/2012 précité consid. 4.1), date qui marque dès lors l'amélioration de l'état de santé de l'assuré sous l'angle physique.

Dans le cadre de la présente affaire, il reste par conséquent à examiner si le recourant présente des troubles psychiques susceptibles d'influer sur sa capacité de travail (cf. consid. 6 infra), puis à évaluer son préjudice économique (cf. consid. 7 infra).

6. En ce qui concerne l'aspect psychiatrique, on rappellera préalablement qu'après l'accident du 12 juillet 2004, l'assuré a développé un état de stress post-traumatique (cf. consilium psychiatrique du Dr M._____ du 11 avril 2005, complété le 26 avril 2005, et rapport de synthèse des médecins de la Clinique P._____ du 30 mai 2005; cf.

également rapports des Drs D._____ [23 juin 2005] et X._____ [21 septembre 2005], ainsi que de l'UPA d'O._____ [4 octobre 2005]), diminuant de 50% sa capacité de travail (cf. consilium psychiatrique du 26 avril 2005 du Dr M._____ et rapport des médecins de l'UPA d'O._____ du 4 octobre 2005).

Par la suite, la CNA a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès de la Dresse F._____, dont les conclusions ont été reprises par le SMR (cf. rapport du Dr S._____ du 19 octobre 2006 et avis du Dr L._____ du 9 avril 2009) et, corollairement, par l'OAI (cf. courrier du 24 décembre 2009).

a) Aux termes de son rapport d'expertise du 27 juin 2006, la Dresse F._____ a relevé que l'assuré signalait des cauchemars récurrents, environ une nuit sur deux, mais qu'elle n'avait pas objectivé de pensée intrusive, de flash-back, de conduite d'évitement, d'attaque de panique, de phobie (nonobstant l'évocation d'une peur du vide) ou d'état de qui-vive. Dans ces conditions, elle a retenu que l'état de stress post-traumatique diagnostiqué en avril 2005 était en rémission, depuis environ début 2006. Elle a en revanche retenu les diagnostics d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Elle a précisé que l'épisode dépressif réactionnel était d'intensité légère au vu de la symptomatologie et que des douleurs diffuses s'y étaient surajoutées, lesquelles n'avaient cependant pu être objectivées lors de l'expertise. Elle a également noté un taux sérique très bas d'antidépresseur, évoquant une mauvaise compliance au traitement médicamenteux. Elle a ajouté que la prise journalière d'antidépresseur devrait permettre une amélioration de la symptomatologie, voire une rémission de l'épisode dépressif léger, que le pronostic quant à la reprise d'un emploi restait défavorable pour des raisons sortant du champ médical - à savoir le contexte social et les difficultés financières - et que sur le plan psychique, la capacité de travail était d'au moins 70% dans toute activité, singulièrement dans une activité simple, ne nécessitant pas de formation ou d'apprentissage particulier.

b) Les conclusions de l'experte F._____ ne sont pas mises en doute par les autres avis médicaux au dossier.

Ainsi, par rapport du 20 mars 2006, les Drs T._____ et C._____ de l'UPA de N._____ ont retenu les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis au moins octobre 2005 et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe depuis au moins avril 2005, tout en mentionnant un trouble somatoforme douloureux à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Ils ont ajouté que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et sa capacité de travail nulle sur le plan psychiatrique, le pronostic quant à une reprise d'activité professionnelle étant très réservé. A l'examen de ce compte-rendu, on peine toutefois à comprendre sur quels éléments objectifs les Drs T._____ et C._____ se sont fondés pour retenir de tels diagnostics incapacitants et conclure à une entière incapacité de travail. En particulier, ces médecins n'ont pas indiqué les indices leur ayant permis de qualifier de moyen l'épisode dépressif de l'assuré, pas plus qu'ils n'ont expliqué les raisons pour lesquelles ils avaient posé le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe dès le mois d'avril 2005. Leur appréciation s'avère en outre d'autant moins convaincante qu'elle repose principalement sur les plaintes du recourant, par définition subjectives et dont bon nombre n'ont en définitive pas été retenues par la Dresse F._____, précisément faute d'avoir pu être objectivées. Dans ces conditions, on ne saurait préférer le point de vue des Drs T._____ et C._____ à celui, mieux étayé, de l'experte susnommée. Attendu que le rapport du 23 décembre 2008 des Dresses A._____ et I._____ de l'UPA de N._____ fait mention d'un état de santé superposable à celui décrit dans le rapport précité du 20 mars 2006, sans apporter d'élément nouveau, il convient pour les mêmes motifs d'écarter ce compte-rendu au profit des conclusions de l'experte F._____. Ce constat s'impose également s'agissant du rapport rédigé le 2 juillet 2009 par les Dresses A._____ et I._____, en tant qu'il témoigne d'une situation inchangée avec persistance des mêmes symptômes depuis le début du suivi de l'assuré à l'UPA de N._____, sans

du reste opérer de distinction entre les diagnostics incapacitants et ceux dépourvus d'influence sur la capacité de travail.

Quant au psychiatre-conseil de la CNA, le Dr R._____, il a tout d'abord confirmé la capacité résiduelle de travail de 70% retenue par la Dresse F._____ sur le plan psychique, considérant, dans une note du 8 février 2007, que les conclusions de l'expertise étaient bien fondées et qu'il n'y avait pas lieu de les contester. Par la suite, ce médecin a toutefois changé de point de vue. Ainsi, aux termes d'un rapport du 7 juillet 2009, le Dr R._____ a repris les diagnostics posés par l'experte F._____ tout en ajoutant celui de trouble dissociatif moteur avec exclusion fonctionnelle, du fait que le membre supérieur gauche de l'assuré était resté sans aucun mouvement durant l'entretien du même jour. Il a également relevé que son examen confirmait les conclusions de l'expertise concernant la rémission de l'état de stress post-traumatique et la persistance de troubles thymiques légers, mais a néanmoins retenu, contrairement à la Dresse F._____, que les troubles psychiques constatés n'étaient pas propres à limiter la capacité de travail, position qu'il a maintenue dans un rapport complémentaire du 11 décembre 2009. Or, rien dans les avis des 7 juillet 2009 et 11 décembre 2009 ne permet de comprendre les motifs ayant conduit le Dr R._____ à revenir sur sa position et à s'écarter de l'expertise de la Dresse F._____ pour considérer que l'exercice d'une activité professionnelle était désormais entièrement exigible sur le plan psychique. Certes, dans son rapport d'expertise du 27 juin 2006, la Dresse F._____ avait considéré qu'une évolution positive était possible. Néanmoins, dans ses comptes-rendus des 7 juillet et 11 décembre 2009, le psychiatre-conseil de la CNA s'est contenté de confirmer que les atteintes diagnostiquées par l'experte perduraient et n'a fourni aucune indication selon laquelle les troubles de l'assuré auraient pu évoluer favorablement depuis l'expertise de 2006 au point de perdre toute nature incapacitante. C'est donc de manière péremptoire, sans aucune motivation, que le Dr R._____ a conclu à une pleine capacité de travail sous l'angle psychique. En ce sens, son appréciation n'est pas concluante et ne saurait emporter la conviction de la Cour de céans. Aussi y a-t-il lieu,

là aussi, d'accorder la préséance à l'analyse claire et motivée de la Dresse F._____.

Peu importe, du reste, que les Drs X._____, J._____ et B._____ aient posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique dans leurs rapports respectifs des 28 août 2006, 22 octobre 2007 et 1^{er} mai 2009, alors même que selon la Dresse F._____, cette atteinte était en rémission depuis le début de l'année 2006. En effet, ces trois médecins somaticiens ne disposant pas de connaissances spécialisées dans le domaine de la psychiatrie, ils ne pouvaient dès lors se prononcer avec autorité sur la question (cf. consid. 3b supra); ils se sont d'ailleurs abstenus de détailler leur raisonnement ou d'émettre un avis quant à la capacité résiduelle de travail du recourant sous l'angle psychique. Leurs propos ne sauraient dès lors mettre à mal l'analyse de l'experte F._____. On notera par ailleurs que si dans son rapport du 20 mars 2008, le Dr Z._____ a évoqué - outre quelques signes de la lignée dépressive qui ne sont pas sujets à controverse en tant que tels - des signes d'un état de stress post-traumatique, il n'a toutefois pas précisé en quoi ceux-ci consistaient objectivement mais essentiellement énuméré les plaintes signalées par le recourant au cours du stage professionnel effectué au Centre Oriph-COPAI d'O._____. Il n'a du reste posé aucun diagnostic formel. Le Dr Z._____ ne pouvant au surplus se prévaloir de connaissances particulières dans le domaine de la psychiatrie, son avis ne saurait dans ces conditions mettre en cause l'appréciation de la Dresse F._____.

c) Pour le reste, l'analyse de la Dresse F._____ repose sur un examen clinique détaillé. L'experte a passé en revue l'histoire médicale de l'assuré, a procédé à une anamnèse complète et a mentionné les plaintes exprimées par celui-ci. Son rapport décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants, et l'appréciation de la situation médicale est motivée de manière convaincante. Dans ces conditions, contrairement à ce que prétend le recourant (cf. mémoire de recours du 10 mai 2010 pp. 3s. et 6), il importe peu que l'experte mandatée par la CNA n'ait pas intégré à son expertise le rapport complété par les Drs

T._____ et C._____ le 20 mars 2006 sur interpellation de l'OAI - ce document n'étant pas décisif (cf. consid. 5b supra) - ou qu'elle n'ait pas réussi à s'entretenir avec le Dr C._____ après avoir vainement tenté de le contacter (cf. rapport d'expertise du 27 juin 2006 p. 10 : «*Téléphone et demande par fax, Dr C._____, médecin, Unité de Psychiatrie Ambulatoire, N._____ : Inatteignable*»). Cela étant, il y a lieu d'admettre que le rapport d'expertise de la Dresse F._____ du 27 juin 2006 satisfait en tous points aux conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 3c supra). On peut de surcroît considérer que les conclusions de l'expertise étaient toujours d'actualité à la date déterminante de la décision querellée, dès lors que tous les avis médicaux postérieurs au rapport du 27 juin 2006 ont confirmé que l'état de santé de l'assuré demeurerait inchangé, ce qui exclut corrélativement toute évolution significative. On relèvera enfin, à l'instar de l'experte (cf. rapport d'expertise du 27 juin 2006 p. 21), que des facteurs psychosociaux ne sont certainement pas étrangers à la situation de l'assuré mais que de tels éléments ne relèvent pas de l'assurance-invalidité (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a; cf. TF 9C_239/2013 du 20 septembre 2013 consid. 3.3 et TF 9C_837/2011 & 9C_845/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3).

Cela étant, la Cour de céans ne peut que rejoindre l'OAI pour retenir, sur la base des conclusions de l'experte F._____, que le recourant dispose sur le plan psychiatrique d'une capacité résiduelle de travail de 70% dans toute activité. Sur ce point, la position de l'intimé échappe donc à la critique.

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise judiciaire psychiatrique, telle que requise par le recourant (cf. mémoire de recours du 10 mai 2010 p. 8). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

7. C'est à présent le lieu de déterminer le préjudice économique subi par le recourant du fait de ses atteintes à la santé.

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; cf. TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1 et les références citées).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2). En l'espèce, cette comparaison doit se faire au regard de la situation existant en mai 2006, dès lors que la rente a été révisée à compter de cette date (cf. dans ce sens TFA I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 5.1, concernant le cas d'une rente temporaire). L'examen du dossier révèle toutefois que l'office intimé s'est fondé à tort sur l'année 2005 pour comparer les revenus avec et sans invalidité. Cette erreur ne porte toutefois pas à conséquence, ainsi qu'il sera démontré ci-après.

b) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence; cf. 9C_338/2013 du 14 août 2013 consid. 4.3). Doivent notamment être inclus dans le revenu

sans invalidité les éléments de salaire correspondant à des heures supplémentaires fournies régulièrement lorsqu'il y a lieu d'admettre, au degré de vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué à les effectuer s'il n'avait pas été invalide (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2090 p. 556; cf. VSI 2002 p. 159 consid. 3b; cf. ch. 3023 CIIAI [Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité]).

En l'espèce, le recourant conteste le revenu de valide retenu par l'intimé, faisant valoir qu'il y a lieu de se fonder non pas sur la rémunération prévue contractuellement mais sur la moyenne des revenus effectivement perçus en 2003 et 2004.

Il convient dans un premier temps de récapituler les informations au dossier. A cet égard, il ressort de l'attestation d'impôt à la source pour l'année 2003 que, de mars à décembre 2003, le recourant a perçu un revenu annuel déterminant pour le taux fiscal de 64'411 fr. 70, 13^{ème} salaire et gratification inclus; au pied de cette attestation figure une note manuscrite indiquant un salaire annualisé 77'294 fr. 04 (64'411 fr. 70 : 10 x 12). L'attestation d'impôt à la source pour l'année 2004 mentionne, quant à elle, un montant de 68'873 fr. 40 en guise de base d'impôt. Par ailleurs, dans le questionnaire pour l'employeur du 4 juillet 2005, il est fait état d'un horaire hebdomadaire de travail de 41.75 heures, d'un total annuel moyen conventionnel de 2'177 heures et d'un salaire horaire de 29 fr. 241 dès le 1^{er} janvier 2005. Il résulte également de ce questionnaire que, pour les dix derniers mois de l'année 2003, le recourant a perçu une rémunération totale de 58'583 fr. 70. Les montants figurant dans ce questionnaire correspondent à ceux reportés dans l'extrait du livre de paie afférent à la période du 12 juillet 2003 au 11 juillet 2004. Ce dernier est détaillé en ce sens qu'il indique pour chaque mois le nombre d'heures effectuées, le salaire horaire, les indemnités versées pour jours fériés et pour les vacances, les allocations familiales et autres allocations, ainsi que la part du 13^{ème} salaire. A son pied figure le nombre total d'heures effectuées par le recourant entre le 12 juillet 2003 et le 11 juillet 2004. On

peut alors constater que, durant cette période, le recourant a effectué un total de 154 heures supplémentaires rémunérées au taux de base 26 fr. pour l'année 2003, respectivement de 26 fr. 50 pour l'année 2004. Il est aussi mentionné, comme sur le questionnaire de l'employeur, que l'horaire conventionnel moyen en 2003 et en 2004 est de 2'177 heures par an. Enfin, selon les informations fournies par l'entreprise K. _____ le 30 octobre 2006, le salaire horaire s'élevait à 29 fr. 891 en 2006 et l'horaire conventionnel annuel à 2112 heures.

Dans le rapport final de l'OAI et son annexe intitulée «*détail du calcul du salaire exigible*», datés des 21 et 22 avril 2008, il est mentionné qu'en 2005, sans atteinte à la santé, le recourant aurait gagné 78'184 fr. selon le questionnaire de l'employeur du 4 juillet 2005. Le 14 juillet 2008, la CNA a informé l'OAI que le calcul du salaire sans invalidité effectué dans le rapport final comportait une erreur, en ce sens que, d'une part, le 13^{ème} salaire avait été compté deux fois et, d'autre part, qu'il avait été tenu compte d'un nombre d'heures par semaine trop important alors que, selon la convention collective l'horaire annuel était de 2'177 heures. Ainsi, selon la CNA, le revenu de l'assuré pour l'année 2005 correspondait à 29 fr. 241 multiplié par 2'177 heures, soit un revenu annuel arrondi s'élevant à 63'658 fr. Dans une fiche de communication interne du 22 juillet 2008, l'OAI a considéré que c'était le montant de 63'658 fr. qu'il fallait retenir comme revenu annuel sans invalidité pour 2005, montant pris en compte par cet office pour arrêter le degré d'invalidité à 45.95%.

Contrairement à ce que soutient le recourant, pour déterminer le revenu sans invalidité, il n'est pas adéquat de se fonder sur les montants de 77'294 fr. 04 et 68'873 fr. 40 figurant sur les attestations d'impôt à la source de 2003 et 2004. On ignore en effet à quoi correspondent exactement ces montants, faute de mentions détaillées. En revanche, l'extrait du livre de paie constitue une pièce pertinente, car particulièrement détaillée; au demeurant, on notera que le montant total figurant sur cet extrait, soit 71'681 fr. 65, correspond au gain annuel assuré retenu par la CNA (71'682 fr.) pour fixer le montant de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents, procédé que le recourant n'a pas

discuté. Cet extrait du livre de paie concerne les années 2003 et 2004. Pour 2005, le salaire horaire était de 29 fr. 241 et l'horaire annuel conventionnel toujours de 2'177 heures. Pour 2006, année de la modification du droit à la rente devant être prise en compte pour la comparaison des revenus (cf. consid. 7a supra), on sait que le salaire horaire s'élevait à 29 fr. 891 et que l'horaire conventionnel annuel atteignait 2112 heures, ce qui permet de calculer un revenu annuel de 63'129 fr. 79 (29 fr. 891 x 2112 heures). Cela étant, il ressort de l'extrait du livre de paie susmentionné qu'entre le 12 juillet 2003 et le 11 juillet 2004, le recourant a effectué 154 heures supplémentaires, ce qui représente près de 13 heures par mois ($154 : 12 = 12,833$). A l'examen de la colonne «heures» de l'extrait du livre de paie, il apparaît que ces heures supplémentaires sont certes principalement réparties sur les mois de mars à octobre, mais de façon continue pour ces mois-là; elles sont en outre suffisamment nombreuses pour que l'on puisse considérer que l'employeur connaît un volume d'affaire plus élevé durant cette période, nécessitant régulièrement des heures supplémentaires de la part de ses salariés, par opposition à la période hivernale. Au degré de la vraisemblance prépondérante, on peut donc raisonnablement admettre que, sans atteinte à la santé, le recourant aurait effectué en 2006 le même nombre d'heures supplémentaires qu'en 2003-2004, soit 154, et qu'il aurait ainsi travaillé 2'266 heures. Cette approche s'avère du reste favorable au recourant, dès lors que, sur la base d'un salaire horaire de 29 fr. 891, elle permet d'arrêter le salaire annuel à prendre en considération pour l'année 2006 – soit le revenu sans invalidité – à 67'733 fr. 006 (29 fr. 891 x 2266 heures), arrondi à 67'733 fr. 01.

c) Le revenu d'invalidé doit être évalué 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 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 notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; cf. TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; cf. TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3 et TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; cf. VSI 1999 p. 182). Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Dans le cas particulier, le recourant n'a pas repris d'activité lucrative depuis son accident en 2004. L'OAI était dès lors en droit de se fonder sur les données résultant de l'ESS pour déterminer le revenu avec invalidité. C'est en revanche à tort que l'office s'est basé sur les données statistiques de 2004 pour les indexer ensuite à 2005, alors même que le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année 2006 (cf. consid. 7a supra). Cela dit, il apparaît que le salaire mensuel ressortant de l'ESS 2006 pour les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé s'élève à 4'732 fr., part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire doit toutefois être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2006, à savoir 41,7 heures (La Vie économique 1/2-2010, tableau B 9.2,

p. 94). Il y a dès lors lieu de se fonder sur un revenu d'invalidé de 4'933 fr. 11 par mois (4'832 fr. x 41,7 : 40 heures) correspondant à un montant 59'197 fr. 32 par année. Enfin, compte tenu de la capacité résiduelle de travail du recourant de 70% et d'un abattement de 15% qui n'est pas contesté et ne semble du reste pas critiquable au vu des circonstances de l'espèce, le revenu d'invalidé s'élève en définitive à 35'222 fr. 405, que l'on peut arrondir à 35'222 fr. 41.

d) De la comparaison des revenus sans et avec invalidité qui précèdent (de respectivement 67'733 fr. 01 et 35'222 fr. 41), il résulte une perte de gain de 32'510 fr. 599 correspondant à un degré d'invalidité de 47,799% (32'510 fr. 599 : 67'733 fr. 01 x 100). Ce taux doit être arrondi à 48%, conformément à la jurisprudence (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), et n'ouvre le droit qu'à un quart de rente AI.

Il suit de là que la décision querellée – quand bien même elle repose sur des calculs erronés – doit être confirmée en tant qu'elle alloue au recourant un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2006, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé en janvier 2006, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI.

8. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours déposé le 10 mai 2010 par W. _____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 8 avril 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La président :

La greffière :

Du

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

- Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :