

VD_FINDINFO AI 387/10 - 74/2014 vom 3. April 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-04-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_387_10_-_74_2014

FR: VD_FINDINFO AI 387/10 - 74/2014 du 3 avril 2014

IT: VD_FINDINFO AI 387/10 - 74/2014 del 3 aprile 2014

Regeste

FORCE PROBANTE, AFFECTION PSYCHIQUE, ACCIDENT PROFESSIONNEL, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS | 16 LPGA, 17 LPGA, 88a RAI

Erwägungen

E. 3

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

E. 4

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 ■% au moins, à une demie-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est

exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées).

E. 5

a) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3). Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est,

d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées). b) Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). c) Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2).

E. 6

Dans un premier moyen, le recourant critique la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Q. _____, il observe qu'une expertise pluridisciplinaire aurait dû être mise en œuvre laquelle aurait permis de définir l'exigibilité en tenant compte de l'ensemble des atteintes somatiques et psychiques dont il souffre. a) En l'occurrence, il s'avère que seule l'affection aux deux poignets a motivé le dépôt d'une demande de prestations AI et l'octroi d'une rente entière. Le recourant a été victime d'un accident professionnel le 26 juin

2001 qui a entraîné une dissociation scapho-lunaire majeure aux deux poignets. Il a bénéficié d'une reconstruction ligamentaire scapho-lunaire au poignet droit le 6 septembre 2001 et au poignet gauche le 21 mars 2002, ainsi qu'une ablation des broches le 14 mai 2002. Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure de reprendre l'activité habituelle de monteur-électricien compte tenu des atteintes aux deux poignets. D'un point de vue médico-théorique, le SMR s'est référé à des activités légères, excluant le port de charges de plus de 5 kg, les travaux répétitifs au niveau des deux membres supérieurs et les mouvements contre résistance (rapport du 11 novembre 2003). Il a dès lors considéré que le recourant ne présentait pas de réduction de sa capacité de travail (que ce soit en temps ou en rendement) et ce, dès janvier 2003 (date du rapport du Dr W. _____ du 30 janvier 2003). Cet avis est partagé par le Dr W. _____ qui a admis qu'une activité sans sollicitation nouvelle (lourde ou répétitive) était envisageable (rapport du 30 janvier 2003). Le Dr F. _____, quant à lui, a finalement considéré dans son appréciation médicale du 19 août 2003 relative à l'exigibilité que le recourant était en mesure de reprendre une activité ne nécessitant pas de port de charges lourdes, de force au niveau des deux mains et ce, dans le cadre d'un horaire normal de travail avec un rendement de 100%. Il a toutefois précisé que le port de charges ne pouvait excéder 3 kg (appréciation médicale du 14 août 2003), précision à laquelle s'est rallié l'intimé dans le cadre de sa duplique du 7 avril 2011, compte tenu de l'arrêt rendu par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 1^{er} novembre 2010 cité plus haut et que le recourant n'a pas contesté. Dans son recours, l'assuré estime qu'il convient de tenir compte d'autres pathologies somatiques, argument qui n'emporte toutefois pas la conviction de l'autorité de céans. En effet, le Dr K. _____, médecin traitant de l'assuré, n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail de son patient, précisant tout au plus que les diagnostics de diabète et d'asthme n'avaient aucune influence sur sa capacité de travail (rapport médical du 17 mars 2008). Le Dr H. _____, pneumologue, a exposé qu'une activité ne demandant pas d'effort physique pouvait être raisonnablement exigée sans restriction, les activités physiques dans un environnement poussiéreux avec exposition au froid ou au chaud devant être évitées (courrier du 11 juillet 2007). Quant au syndrome d'apnées du sommeil, le Dr I. _____ du SMR a indiqué qu'au vu des valeurs mesurées, les restrictions étaient quasiment inexistantes, seuls les métiers comme pilote de ligne ou chauffeur de car pouvant provoquer des risques pour la collectivité publique, professions qui ne sauraient toutefois être considérées en l'espèce comme des activités adaptées (note interne de l'OAI du 20 septembre 2006). Dans le cadre de son recours, l'assuré a allégué qu'il souffrait de douleurs lombaires, argument qui doit être écarté en l'absence de tout document médical attestant une quelconque incapacité de travail pour ce motif. Le recourant ne présente dès lors pas d'atteinte physique invalidante autre que celle attestée aux deux poignets, raison pour laquelle un complément d'expertise sur ce point se révèle superflu. b) Le recourant invoque enfin l'existence d'une pathologie psychiatrique. Il ressort du dossier qu'après un suivi de février à juin 2000, puis une reprise de contact en mars 2006, l'assuré a bénéficié d'un suivi régulier depuis février 2007 auprès de l'Y. _____ de [...], puis auprès de la Dresse J. _____ depuis le 1^{er} octobre 2009. Dans un premier temps, l'Y. _____ a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (rapport du 6 août 2008). Puis, après avoir pris connaissance de l'avis médical du SMR du 3 novembre 2008, l'Y. _____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode moyen et de modification durable de la personnalité développés progressivement depuis un accident de travail

survenu le 26 juin 2001 (rapport du 23 mars 2009). Dans son rapport d'expertise du 2 novembre 2009, le Dr M. _____ a expliqué pour quels motifs il ne pouvait retenir les diagnostics précités, après avoir pris connaissance des rapports de l'Y. _____ des 6 août 2008 et 23 mars 2009. Il a ainsi constaté que le recourant reconnaissait lui-même que l'accident en soi avait été banal et qu'à aucun moment, il n'avait eu peur pour son intégrité physique. Il n'avait pas non plus développé par la suite de symptômes typiques d'un état de stress post-traumatique, diagnostic finalement posé six ans après l'événement traumatique, en l'absence d'éléments dans ce sens dans les rapports antérieurs des différents intervenants. L'expert a dès lors exclu le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. En outre, s'il a clairement relevé l'accentuation de certains traits de personnalité, principalement narcissiques, il a toutefois conclu qu'ils ne constituaient pas un trouble. Il a également relevé que l'on pouvait attendre du recourant qu'il fasse un effort pour effectuer les tâches que les somaticiens estimaient possibles. A ce propos, il a rappelé que le recourant s'était toujours occupé de son hygiène, de ses affaires administratives et de ses besoins. Il n'avait en outre pas montré de difficultés relationnelles au cours de ses stages, ni lors de l'entretien avec l'expert, ce qui confortait la notion que les difficultés qu'il rencontrait (isolement, sentiment de honte) n'étaient pas suffisantes pour poser un diagnostic de trouble de personnalité, selon la CIM-10. S'agissant du trouble dépressif, l'expert a rappelé que l'intensité avait été qualifiée de moyenne par les intervenants, ce qui n'était pas nécessairement incompatible avec un travail. L'expert a toutefois conclu à la présence d'un épisode dépressif léger compte tenu de l'observation clinique montrant une humeur triste, mais pas effondrée, sans idées noires, ni idées suicidaires, ni troubles de l'attention-concentration, ni troubles de la mémoire. L'expert a toutefois conclu que ce diagnostic ne permettait pas la reconnaissance d'une incapacité de travail. Le rapport d'expertise psychiatrique du 2 novembre 2009 du Dr M. _____ repose sur des examens complets et son contenu répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des expertises médicales (ATF 134 V 231 et 125 V 351). Les conclusions de l'expert se fondent sur un entretien avec le recourant, sur l'ensemble du dossier de l'intimé, y compris les rapports médicaux des psychiatres traitants. L'expert a également décrit et pris en considération les plaintes exprimées par le recourant. Les raisons pour lesquelles des signes dépressifs d'un degré léger selon la terminologie de la CIM-10, sont les mieux à même de décrire la psychopathologie du recourant, ont fait l'objet d'une démonstration convaincante. Il en va de même des raisons pour lesquelles l'expert considère que l'on peut écarter d'autres troubles psychiatriques et en particulier un état de stress post-traumatique, ainsi qu'une modification durable de la personnalité. A cet égard, le recourant semble méconnaître le fait que la fixation de la gravité d'un trouble dépressif ou d'un trouble de la personnalité par exemple, ainsi que leur évolution est, par essence, toujours le fruit de l'exercice du pouvoir d'appréciation. C'est ainsi que le caractère fiable de constatations psychiatriques est très limité, en particulier lorsque les diagnostics portent sur des troubles dépressifs mis en évidence par des médecins traitants ou lors de situations de crise. Il s'ensuit que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique ne serait justifiée que dans l'éventualité où l'appréciation des médecins de l'Y. _____ ou de la Dresse J. _____ devait contenir des éléments objectifs mettant en doute les conclusions de l'expert M. _____ quant aux répercussions des troubles présentés sur la capacité de travail du recourant, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence. En effet, les rapports de l'Y. _____ du 9 juillet 2010 et de la Dresse J. _____ du 7 mars 2011 ne sont pas suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert, la Dresse

J. _____ n'étant au demeurant pas une spécialiste en psychiatrie (cf. rapport de la Dresse J. _____ du 7 mars 2011). Quant aux médecins de l'Y. _____, ils ont de manière constante fait état du diagnostic de modification durable de la personnalité (rapports des 23 mars 2009 et 9 juillet 2010), y compris à l'époque de l'expertise psychiatrique du recourant par le Q. _____, lequel a clairement expliqué les motifs pour lesquels un tel diagnostic ne pouvait être retenu. c) Au vu des éléments précités, l'intimé était dès lors fondé à conclure que le recourant était en mesure d'exercer une activité adaptée dès le mois de janvier 2003, après avoir présenté une totale incapacité de travail dans toute activité dès le 26 juin 2001 justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2002.

E. 7

Il convient dès lors d'examiner l'incidence de ce changement dans la capacité de travail du recourant sur le taux d'invalidité qu'il présente, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En d'autres termes, il s'agit de déterminer la perte de gain que subirait le recourant dans l'exercice d'une activité médicalement exigible. La comparaison doit se faire au regard de la situation prévalant en janvier 2003, dès lors que l'amélioration de la capacité de travail remonte à cette période (ATF 129 V 233 consid. 4.2 ; art. 88a al. 1 RAI). a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, consid. 2a et 2b). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, pp. 205 et 206). b) In casu, en tant que le recourant critique le montant du revenu sans invalidité retenu par l'intimé, le grief doit être écarté. Il ressort du questionnaire complété par l'employeur le 7 mars 2003, que le recourant aurait perçu en 2003 en qualité de monteur-électricien un salaire de 4'175 fr. versé 13 fois l'an. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a fixé le revenu que le recourant aurait pu réaliser sans invalidité à 54'275 francs. Ce montant est inférieur à celui finalement retenu par la CNA (57'000 fr.), laquelle a procédé à la comparaison des revenus en 2006. Cette différence n'a toutefois aucune influence sur le droit à la rente. c) Pour déterminer le revenu d'invalidité du recourant, il convient en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de tenir compte de l'activité de substitution que pourrait exercer l'assuré, le salaire de référence étant celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 4) dans le secteur privé, à savoir 54'684 fr. par année (ATF 124 V 321; ESS 2002, TA1, p. 43). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2003 (41,7 heures; La Vie économique, 9-2005, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 57'008 fr. 05. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour

les hommes de l'année 2003 (1,4 %; La Vie économique, 9-2005, p. 91, B10.2), on obtient un revenu annuel de 57'806 fr. 20. Compte tenu des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier, l'abattement de 15% retenu par l'intimé paraît approprié, si bien que le gain annuel d'invalidé se monte à 49'135 fr. 30. L'intimé est parvenu à un montant quasi identique, soit de 49'084 fr. 20, hypothèse plus favorable au recourant. Il s'ensuit que la comparaison des revenus aboutit, dans l'hypothèse la plus favorable au recourant, à un taux d'invalidité de 9,56% arrondi à 10% (ATF 130 V 121), soit à un taux inférieur à la limite de 40% ouvrant droit à un quart de rente (cf. art. 28 al. 1 aLAI). Au demeurant, même en appliquant l'abattement maximum de 25% admis par la jurisprudence (ATF 126 V 75), le degré d'invalidité, arrondi, se monterait à 20% et n'ouvrirait donc aucun droit à une rente.

E. 8

Le recourant considère qu'il ne peut concrètement pas exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail et reproche dès lors à l'intimé de ne pas avoir suivi les conclusions du rapport du 22 mars 2006 de la REA, laquelle a conclu à l'absence de capacité de gain tant dans l'économie qu'en milieu protégé. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). b) Compte tenu des limitations fonctionnelles présentées par le recourant (pas de travaux répétitifs au niveau des deux membres supérieurs, ni de port de charges de plus de 3 kg, ni de mouvements contre résistance), on doit admettre que les activités simples de surveillance, de vérification ou de contrôle ou d'autres activités consistant à approvisionner et à surveiller des machines ou des unités de production automatiques ou semi-automatiques, telles que décrites par l'intimé sont compatibles avec son handicap (courrier du 31 mai 2010 de l'OAI au recourant). En tenant compte du large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux limitations du recourant apparaissent suffisantes pour admettre qu'il puisse mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique. Il est vrai que suite à l'échec de la formation en bureautique, une conseillère en réadaptation a estimé – dans le cadre d'un rapport du 22 mars 2006 relatif à l'accessibilité du recourant à une formation intellectuelle – que ce dernier n'était plus en mesure d'exercer une activité lucrative dans l'économie. Ce point de vue s'est avéré incomplet, le recourant étant capable d'utiliser ses mains en respectant les limitations

décrites tant par le SMR que le Dr F._____. En définitive, la Cour de céans ne saurait dès lors fonder son jugement sur le travail que le recourant s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tel qu'il ressort des rapports médicaux ayant valeur probante. Enfin, conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c; 113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003, consid. 2 et les références citées).

E. 9

Ainsi, au regard de la jurisprudence exposée ci-dessus, les griefs développés par le recourant à l'appui de son recours ne permettent pas d'établir une violation du droit fédéral. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a octroyé une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2002 (soit à l'issue du délai d'attente d'un an) et uniquement jusqu'au 3 novembre 2004 (soit trois mois après le début du versement des indemnités journalières lors du stage d'observation au CIP; solution favorable au recourant, le SMR ayant fixé la reconnaissance d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée au mois de janvier 2003), la rente étant réduite durant la période de versement de l'indemnité journalière AI conformément à l'art. 47 LAI.

E. 10

Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.