

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 7 vom 20. April 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-04-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t___2015___7

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 7 du 20 avril 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 7 del 20 aprile 2015

Regeste

EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, EXPERTISE, SUREXPERTISE, EXPERTISE PRÉSENTÉE PAR UNE PARTIE, FORCE PROBANTE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, RECONVERSION PROFESSIONNELLE | 28 LAI, 28a al. 1 LAI, 8 LAI, 16 LPG, 8 LPG

Erwägungen

E. 4.1

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du

E. 4.2

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

E. 4.3

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

E. 4.4

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

E. 4.5

Sur le plan somatique, il est constant que le recourant est en mesure d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de sa main gauche, consécutives à l'accident du 9 mai 2007, ce au plus tard dès mai 2008 selon l'appréciation convaincante du Dr X. _____ du 29 mai 2008. Quoiqu'en dise le recourant, l'on ne voit pas que sa situation se soit modifiée, notamment postérieurement aux constats contenus dans le rapport d'examen précité, les renseignements communiqués le 30 juillet 2008 par son chirurgien traitant, le Dr N. _____, à l'attention de l'intimé ne faisant état d'aucun changement substantiel de son état de santé. Le recourant ne soutient d'ailleurs pas sérieusement que tel eût été le cas, se limitant à constater l'ancienneté des pièces médicales sur cette question, sans toutefois n'apporter aucun élément nouveau du registre purement somatique. Partant, il y a lieu de considérer que l'assuré est bel et bien en mesure, de ce point de vue, de déployer une activité lucrative à plein temps pour autant que soient respectées les restrictions d'utilisation de sa main gauche, telle qu'énumérées par le SMR dans l'avis du 29 octobre 2010, en lien avec le port de charge moyennes à lourdes et l'exposition au froid.

E. 4.6

En l'occurrence, l'enjeu du litige a manifestement trait au registre psychiatrique, pour lequel l'assuré a été examiné successivement par quatre experts en psychiatrie et psychothérapie, dont les rapports, indépendamment de leurs qualités respectives, divergent sensiblement tant en termes diagnostiques qu'en lien avec l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré. Ont en effet été discutés, respectivement réfutés, les diagnostics d'un « état de stress post-traumatique » et d'un « épisode dépressif », tandis que l'on dispose d'appréciations de la capacité de travail, estimée tantôt nulle, tantôt à concurrence de 100%. En présence d'avis spécialisés diamétralement opposés, il ne fait pas de doute qu'une expertise supplémentaire, conduite sous l'égide de la Cour de céans, se justifiait au regard

de la jurisprudence rappelée supra sous considérant 4.1.

E. 4.7

Dans cette constellation particulière, le rapport d'expertise judiciaire du Dr C. _____, établi le 4 août 2014, remplit à l'évidence la totalité des réquisits jurisprudentiels, de sorte que l'on se doit de lui accorder pleine valeur probante, ainsi que l'ont d'ailleurs concédé les parties. Singulièrement, l'expert a procédé à des investigations fouillées de la situation médicale de l'assuré non sans avoir procédé à un examen clinique méticuleux. Il a par ailleurs opéré une analyse complète des pièces du dossier et, plus particulièrement, des précédentes appréciations de ses confrères spécialistes. Il a discuté l'ensemble des diagnostics évoqués en l'espèce, tout en prenant en considération les plaintes alléguées par le recourant. Ses remarques sur lesdits diagnostics et ses conclusions de ce point de vue sont au demeurant tout à fait convaincantes, compte tenu de ses observations cliniques, confrontées à ses explications théoriques. Il n'a au surplus pas manqué de justifier précisément son appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, laquelle a en conséquence lieu d'être suivie. Ainsi que l'a exposé l'expert judiciaire, il convient de retenir les diagnostics de « trouble/état de stress post-traumatique » et d'un « état dépressif en rémission partielle », ces pathologies s'étant amendées durablement dès fin juin 2009 permettant ainsi à l'assuré d'exercer en théorie une activité lucrative à 60% dans une activité adaptée. Celle-ci devra tenir compte, en sus des restrictions physiques, des fluctuations des troubles psychiques, lesquels sont susceptibles d'entraîner « fatigue, fatigabilité, diminution de la concentration et de l'intérêt », ainsi que « fragilité face aux facteurs de stress » (cf. rapport d'expertise du Dr C. _____ du 4 août 2014, p. 27 et 28). Aussi, dans la mesure où l'expert a observé une amélioration de l'état de santé psychique du recourant, se répercutant sur sa capacité de travail à hauteur de 60% dans une activité adaptée dès juillet 2009, force est de déduire, à l'instar de l'intimé, qu'un motif de révision au sens entendu par l'art. 17 LPGA est avéré en l'espèce. Ce constat impose une nouvelle évaluation de l'invalidité du recourant et le réexamen de son droit aux prestations de l'AI à compter du mois d'octobre 2009, soit à l'issue du délai de trois mois consacré par l'art. 88a al. 1 RAI. 5. 5.1 En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Est déterminant lors de la comparaison des revenus au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, l'assureur étant cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174 consid. 4a ; TFA I 440/01 du 22 août 2002). 5.2 Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe

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

5.3 Le revenu d'invalide doit être fixé avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires, édictée par l'OFS [Office fédéral de la statistique]) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En cas de recours aux ESS, on se réfère à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182).

5.4 Il est par ailleurs notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). A titre exemplatif, l'on relèvera que le Tribunal fédéral a considéré qu'une réduction de 10% des salaires statistiques tenait compte équitablement de la situation personnelle, soit des limitations fonctionnelles liées au handicap et de la nationalité, dans le cas d'un homme assuré, ressortissant étranger, âgé de 38 ans au moment de la comparaison des revenus. Celui-ci, jardinier de profession, avait été victime de plaies multiples à la main droite (main dominante) en se blessant avec une cisaille électrique sur son lieu de travail, lesquelles avaient requis une importante réparation chirurgicale, puis entraîné une algodystrophie de la

main droite, accompagnée d'une diminution de la mobilité des doigts et d'une perte de sensibilité (TF 9C_177/2008 du 9 décembre 2008 consid. 4). Dans un arrêt antérieur, le Tribunal fédéral des assurances a analysé la situation d'un assuré de plus de 50 ans, chauffeur poids lourds, victime d'une maladie de Dupuytren affectant les deux mains et ayant dans l'enfance subi l'amputation partielle d'un pouce et d'un index. Il a à cette occasion procédé à un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé fondé sur les ESS (TFA I 531/04 du

E. 8

avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

E. 11

juillet 2005 consid. 5). Cela étant, le Tribunal fédéral a rappelé, dans un arrêt très récent, le pouvoir de l'autorité judiciaire cantonale quant au contrôle en opportunité de la décision administrative. Cet examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle adoptée par l'autorité administrative, dans le respect de son pouvoir d'appréciation, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Le juge ne peut toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (TF 9C_652/2014 consid. 3.2 in fine ; ATF 137 V 71 consid 5.2) 5.5 In casu, le recourant ne conteste pas – à juste titre – le revenu hypothétique sans invalidité mis à jour par l'intimé à l'issue de la communication interne du 29 août 2014, à savoir le montant de 63'648 fr., après actualisation à l'année 2009. Ce revenu a été établi par l'OAI sur la base des données communiquées par l'ancien employeur de l'assuré, la société P. _____ SA (cf. rapport de l'employeur du 8 janvier 2008). Ce procédé ne prête pas flanc à la critique dans la mesure où il reflète au plus près les revenus concrètement réalisés par l'assuré en bonne santé et s'avère donc parfaitement conforme à la jurisprudence fédérale citée supra au considérant 5.2. 5.6 Quant au revenu d'invalidé, en l'absence de toute reprise d'activité lucrative postérieurement à l'accident du 9 mai 2007, l'OAI a bon droit recouru aux salaires

statistiques des ESS en se fondant sur le montant total du tableau TA1 regroupant l'ensemble des activités de la production et des services. Le salaire de référence in casu est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2008, soit 4'806 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2008, TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,6 heures en 2009 ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 4'998 fr. (4'806 fr. x 41,6 / 40), ce qui met à jour un salaire annuel de 59'979 francs. Le recourant étant en mesure d'exploiter une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée dès fin juin 2009, le salaire hypothétique d'invalidité s'élève à 36'744 fr. après actualisation à l'année 2009 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS/ La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 10.3).

5.7 Contrairement à l'appréciation de l'intimé, il se justifie en outre, par le biais d'un examen en opportunité de la globalité du cas sur les bases des conclusions de l'expertise judiciaire (cf. rapport d'expertise du Dr C. _____, p. 32 à 34), de procéder à une réduction de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles retenues sur les plans physique et psychique, ainsi que du fait que le recourant ne peut mettre à profit qu'une capacité de travail partielle. Si le recourant conserve certes des ressources et poursuit en l'état un traitement réputé adéquat, il apparaît néanmoins que de nombreux éléments font obstacle à la reprise d'une activité lucrative adaptée sur le marché du travail en dépit de ses facultés d'intégration. L'on soulignera notamment la capacité de travail résiduelle partielle, estimée telle pour une durée indéterminée, ainsi que la longue période d'inactivité accompagnée du déconditionnement corrélatif depuis 2007. Par ailleurs, la pathologie psychique affectant le recourant est considérée comme une entrave importante à la reprise d'activité, en ce qu'elle entraîne des émotions fluctuantes, des relations difficiles à autrui et s'avère un trouble fluctuant en intensité de manière peu prévisible. Dans ce contexte, l'expert a également souligné la difficulté de son pronostic, précisément en raison de l'imprévisibilité de l'exploitation linéaire de la capacité résiduelle de travail. Il a par ailleurs clairement mentionné le caractère indispensable d'un accompagnement dans le cadre de mesures professionnelles adéquates. En définitive, une déduction de 15% paraît tenir compte de manière appropriée des circonstances du cas concret en dépit du jeune âge de l'assuré, tandis que l'on ne saurait à l'évidence se rallier à la position de l'OAI en ce qu'il estime qu'une déduction ne se justifie aucunement. Après avoir opéré un abattement de 15%, le revenu annuel d'invalidité déterminant s'élève ainsi in casu à 36'744 francs.

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

6. Reste à examiner le droit à des mesures d'ordre professionnel, en particulier à un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI, lequel a été expressément nié par la décision du 18 juillet 2012, ainsi qu'à des mesures de réinsertion selon l'art. 14a LAI revendiquées par le recourant par devant la Cour de céans.

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

procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles – fonctionnelles et/ou intellectuelles – de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 138 I 205 consid. 3.1 et la référence citée). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et la référence citée). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 2002 p. 111 ; TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1). A teneur de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

6.2 Aux termes de l'art. 14a LAI (entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008). l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel. Se prononçant sur cette disposition dans le cadre d'une procédure visant à la coordination de la jurisprudence conformément à l'art. 23 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), les deux Cours de droit social du Tribunal fédéral réunies en plénum ont décidé, le 18 novembre 2010, que le droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle suppose que l'assuré présente une incapacité de travail de 50% au moins non seulement dans sa profession (art. 6, 1^{ère} phrase, LPGGA), mais également dans une autre profession ou un autre domaine d'activité (art. 6, 2^{ème} phrase, LPGGA ; ATF 137 V 1 consid. 7 ; TF 9C_597/2010 du 7 février 2011 consid. 2). En l'espèce, comme démontré par l'expert judiciaire et retenu par la Cour de céans, le recourant est capable d'exercer une activité adaptée à 60%. Il ne réalise dès lors pas la condition posée par l'art. 14a LAI afférente à une incapacité de travail d'au moins 50% quelle que soit l'activité considérée. Le droit à des mesures de réinsertion préparant la réadaptation professionnelle au sens de l'art. 14a LAI doit à l'évidence être nié à l'assuré, ainsi que l'a fait valoir à bon droit l'intimé dans son écriture du 5 novembre 2014.

6.3 Selon l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le

seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, il ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissance. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. La personne qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a). En l'espèce, l'on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir refusé le bénéfice d'un reclassement professionnel à l'assuré aux termes de la décision entreprise. A ce stade, l'OAI avait en effet retenu que le recourant ne remplissait pas la condition objective d'un degré d'invalidité minimal de 20%. En outre, il apparaissait selon toutes vraisemblances que l'assuré n'était guère motivé à entrer dans une démarche de réinsertion dans le mesure où il concluait au maintien d'une rente entière d'invalidité sans limite temporelle au-delà du 30 septembre 2009. A l'issue de la présente procédure, dès lors que le degré d'invalidité du recourant s'élève à 51% du fait de la survenance avérée et durable d'un motif de révision dès le mois de juin 2009, il convient de constater que la condition objective d'un seuil minimal de 20% ouvrant le droit à une mesure de reclassement professionnel est remplie. Le recourant a donc théoriquement droit à sa mise en œuvre, pour autant que les conditions subjectives justifiant une telle mesure puissent être reconnues. L'on relèvera au surplus que faute d'analyse concrète opérée par le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI en l'état, l'on ne voit pas sur quelles bases l'intimé parvient à la conclusion que des mesures professionnelles ne seraient pas susceptibles de favoriser la réintégration du recourant sur le marché du travail (cf. communication interne dudit service du 28 août 2014, ainsi qu'écritures de l'OAI des 2 octobre 2014 et 5 novembre 2014). La mise en œuvre de mesures professionnelles, respectivement d'un reclassement, devra donc être investiguée plus avant et donner lieu cas échéant à une nouvelle décision à cet égard. 7. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2009, suite à l'amélioration de son état de santé psychique constatée dès la fin du mois de juin 2009. Dans ce contexte, il incombera également à l'intimé d'examiner la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, singulièrement d'un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI. 7.1 En dérogation à l'art. 61 let. a

LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. 7.2 Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu, d'après l'importance et la complexité du litige, ainsi que du fait de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à 3'000 fr. (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 7 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]).

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