

VD_GERICHTE ZD10.012219 vom 11. Mai 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-05-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.012219

FR: VD_GERICHTE ZD10.012219 du 11 mai 2011

IT: VD_GERICHTE ZD10.012219 del 11 maggio 2011

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile – compte tenu des fêtes judiciaires pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) – devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme, et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

- 22 - des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413, consid. 2c, 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, la question à examiner est celle du droit du recourant à une rente d'invalidité, respectivement à un reclassement professionnel. C'est ici le lieu de préciser que même si la demande de prestations AI du 17 août 2004 ne tendait qu'à l'octroi de mesures professionnelles, il reste que la décision attaquée refuse au recourant l'allocation d'une rente d'invalidité et la mise en œuvre d'un reclassement professionnel, et que les conclusions du recours du 15 avril 2010 portent précisément sur l'octroi de ces deux prestations.

E. 2.2

et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2), en l'occurrence le 12 mars 2010. 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 engendrées par la 4e révision de

cette loi, et pour le surplus au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5e révision de cette législation entrée en vigueur le 1er janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent

- 23 - leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

E. 3

La LAI a subi deux révisions depuis 2002, alors que la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'AI, si bien qu'il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au cas d'espèce. Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid.

E. 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI) et à des mesures professionnelles s'il est invalide à 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2). b) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour

- 24 - conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane du SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351, consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre

parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

E. 5

Se fondant sur l'avis du Dr X._____, la décision querellée retient que l'assuré – qui a subi plusieurs fractures au niveau des vertèbres dorsales et cervicales à la suite d'un accident de la route survenu le 13 septembre 2003 – n'est plus à même d'exercer son ancienne activité de polymécanicien (respectivement mécanicien de précision), mais dispose en revanche d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le recourant, de son côté, conteste être en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée. a) Afin de pouvoir trancher la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, il convient d'examiner les divers avis médicaux prenant position sur cette problématique.

- 25 - Dans son rapport du 4 octobre 2004, le Dr J._____ a indiqué que l'assuré pouvait travailler à 100% dans toute activité ne nécessitant pas le port de charges de plus de 10 kg, évitant les porte-à-faux et les positions vicieuses du rachis, et permettant l'alternance des positions assise et debout. Un an plus tard, par compte-rendu du 3 octobre 2005, la Dresse D._____ a retenu que l'assuré pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée, évitant le travail en zone basse, avec obligation de porter occasionnellement des charges minimales. Le 14 octobre 2005, le Dr J._____ a confirmé que la capacité de travail de l'intéressé était de 100% dans toute activité évitant le travail en zone basse et comprenant un port de charge minimale. Quelques jours plus tard, le 27 octobre 2005, la Dresse D._____ a maintenu que le recourant était apte à travailler à 100% dans une activité adaptée sans port de charges, avec possibilité de changer fréquemment de posture. Ultérieurement, aux termes d'une expertise du 23 février 2007, le Dr M._____ a considéré qu'il était prématuré d'évaluer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, attendu qu'à l'inverse de l'opinion retenue jusqu'alors par le corps médical, les fractures vertébrales de l'intéressé n'étaient toujours pas consolidées. Suite à ce rapport d'expertise, il a été fait appel au Dr R._____, lequel ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail du recourant, estimant qu'un séjour à la Clinique V._____ s'imposait pour définir les limitations fonctionnelles de celui-ci. Le 19 août 2008, le Dr X._____ a observé qu'en l'état du dossier, des lacunes persistaient sur plusieurs questions médicales. C'est pourquoi les Drs I._____ et B._____ ont procédé le 1er décembre 2008 à un examen complémentaire de l'assuré, et ont fait part de leurs conclusions dans un rapport du 12 janvier 2009, observant que les fractures vertébrales du recourant étaient consolidées et que ce dernier ne présentait pas de pseudoarthrose. Sur la base de ce rapport, le Dr X._____ a retenu, le 16 avril 2009, que l'intéressé était pleinement en mesure d'exercer une activité physiquement peu astreignante permettant l'alternance des positions du corps (auquel cas il ne serait pas nécessaire d'inclure des pauses régulières dans le cycle de travail) et ne requérant que des ports de charges légères (jusqu'à 10 kg) préférentiellement de façon occasionnelle, et évitant la position penchée en avant en station debout.

- 26 - b) De l'avis du Dr X._____, l'assuré présente donc une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Contrairement aux allégations du recourant (cf. mémoire de recours du 15 avril 2010 p. 3), on ne saurait critiquer l'appréciation de ce médecin du seul

fait que celui-ci n'a jamais personnellement ausculté l'assuré. En effet, selon la jurisprudence fédérale, une expertise médicale fondée uniquement sur les pièces d'un dossier a valeur probante si ce dossier contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen personnel de l'assuré (cf. TFA I 176/05 du 16 septembre 2005 consid. 3.1.1) – ce qui est le cas en l'espèce, le Dr X._____ ayant notamment pu consulter les avis des Drs I._____ et B._____, M._____, et R._____ (cf. constats du Dr X._____ des 19 août 2008 [p. 1] et 16 avril 2009 [p. 1]), tous établis sur la base d'un examen personnel du recourant. Aussi le rapport de ce médecin doit-il se voir reconnaître valeur probante, dès lors qu'il a été rédigé sur la base d'investigations complètes et approfondies, en pleine connaissance du dossier tel qu'il se présentait à l'époque, et que ses conclusions apparaissent convaincantes (cf. consid. 4b supra). L'appréciation de ce praticien est du reste corroborée par les avis des Drs J._____ et D._____, dans la mesure où ces derniers ont également retenu que l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. c) Il reste à déterminer si l'appréciation du Dr X._____ est remise en doute par un avis médical contraire probant versé au dossier. aa) Il est vrai que dans son compte-rendu du 18 mars 2008, le Dr R._____ a considéré que les limitations fonctionnelles de l'assuré ne pourraient être définies qu'au terme d'un séjour à la Clinique V._____, lequel n'a cependant pas été mis en œuvre – et pour cause, au vu des griefs invoqués le 18 avril 2008 par l'assuré à l'encontre de cet établissement (cf. let. E.c supra). A ce propos, il importe de relever que de l'avis du Dr S._____ (cf. écrit du 23 avril 2008, let. E.c supra), ces critiques étaient totalement dénuées de fondement. Quoi qu'il en soit, on

- 27 - ne saurait voir dans les seules réserves du Dr R._____ – qui plus est, très succinctement motivées – un élément concret pouvant entamer la valeur probante de l'appréciation dûment étayée du Dr X._____. bb) A l'inverse du Dr X._____, le Dr M._____ a retenu, ainsi qu'exposé ci-avant (cf. consid. 5a supra), que les fractures vertébrales de l'assuré n'étaient pas encore consolidées, si bien qu'il était prématuré d'évaluer la capacité de travail exigible de ce dernier. A cet égard, la Cour de céans constate tout d'abord avec le Dr S._____ (cf. courrier du 23 avril 2008, let. E.c supra), que le rapport d'expertise du Dr M._____ du 23 février 2007 présente un ton polémique, incompatible avec les garanties d'objectivité et d'impartialité exigées d'un expert. Plus particulièrement, ce médecin s'est laissé aller à des jugements de valeur qui sortent du cadre de l'appréciation strictement médicale que l'on est en droit d'attendre d'un spécialiste en orthopédie appelé à se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré. Il en va ainsi, entre autres, des propos de cet expert selon lesquels «la SUVA doit admettre qu'elle a, plus ou moins, été menée en petit bateau, par l'assuré qui n'a cessé de se dérober à toutes les tentatives qu'elle a faites de lui faire retrouver des occupations professionnelles adéquates, proches du métier qui était le sien [...]» (cf. rapport d'expertise du 23 février 2007 p. 13), ou à teneur desquels «l'assuré s'est comporté avec une désinvolture impressionnante, comme si tous les égard lui étaient dus [...] pour moi, cette attitude est plus proche de celle d'un amateur de voitures qui se rend dans une foire automobile, pour y avoir tout vu, tout essayé, tout compris, quoique bien décidé à ne rien acheter, que de celle d'un accidenté spolié de quelques uns de ses moyens, qui voudrait qu'on l'aide à retrouver une occupation professionnelle fiable, pour redevenir un homme libre [...]» (cf. ibid. p. 23). A cela s'ajoute que ce médecin est le seul à avoir retenu que les fractures vertébrales du recourant n'étaient pas consolidées. Appelés à trancher cette question, les Drs I._____ et B._____ – rejoints en cela par le Dr X._____ (cf. rapport du 16 avril 2009 p. 1) – ont rejeté le

- 28 - diagnostic de l'expert M. _____, au terme d'une analyse complémentaire détaillée et dûment motivée, en se référant notamment à un scanner effectué le 18 juin 2007 (cf. let. E.c supra), soit à une date postérieure à l'examen pratiqué par l'expert précité. Dans ces conditions, la Cour de céans ne voit pas de raison de préférer de l'appréciation du Dr M. _____ à l'avis des spécialistes de l'Hôpital K. _____, repris par le Dr X. _____. Par ailleurs, il apparaît que le rapport d'expertise du Dr M. _____ comporte des indications pour le moins contradictoires quant à l'évaluation de la capacité de travail du recourant. En effet, l'expert a tout d'abord considéré que, d'un point de vue certes théorique, avec «un métier adapté, aujourd'hui comme hier, M. C. _____ pourrait avoir une capacité de travail entière» (cf. rapport d'expertise du 23 février 2007 p. 23), avant de conclure qu'au «terme de la présente expertise, on ne p[ouvait] malheureusement rien dire de la capacité de travail de M. C. _____» (cf. ibid. p. 27). Force est d'admettre que cette contradiction dans le corps même du rapport d'expertise incite à faire preuve d'une certaine circonspection quant aux conclusions de ce spécialiste. Il s'avère enfin que le Dr M. _____ a largement pris position quant à la manière dont la réadaptation professionnelle de l'assuré devait être envisagée, indiquant que «[q]uoi qu'il en soit, on ne fera pas reprendre à M. C. _____ une activité professionnelle qu'il n'aurait pas agréée; est c'est en le considérant comme le juge le plus haut placé, de tout ce qu'on fait et tout ce qu'on doit encore faire pour le réhabiliter qu'on ira le plus vite et le plus sûrement pour lui et son avenir. [...] notre blessé devra être testé, dans 2 ou 3 des 4 ou 5 métiers qui lui ont paru les moins inadaptés à sa situation; et, cette fois-ci, ce sera à lui de dire, chaque fois son appréciation, ses critiques et ses commentaires [...] afin que finalement on le soutienne au mieux, dans la voie qu'il se sera choisie [...]» (cf. ibid. p. 28 s.). Or, 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 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1), et non pas à dicter aux autorités

- 29 - compétentes la manière de procéder pour inciter à un assuré à réintégrer le circuit économique. Il résulte de ce qui précède que le rapport d'expertise du Dr M. _____ du 23 février 2007 ne satisfait pas aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante (cf. consid. 4b supra), et qu'il ne peut dès lors l'emporter sur l'appréciation du Dr X. _____. cc) Dans son mémoire de recours du 15 avril 2010 (p. 4), l'assuré se prévaut par ailleurs du rendement de 15% à 25% évoqué par le directeur du centre ORIPH dans son rapport de synthèse du 20 juin 2006 (p. 6), lequel précisait toutefois que l'intéressé ne se trouvait à sa place de travail qu'entre 30% et 50% du temps (cf. rapport précité, loc. cit.), ce qui pourrait expliquer un rendement relativement bas. Ce point s'avère toutefois dénué de pertinence pour l'issue de la présente affaire, attendu que les données médicales l'emportent généralement sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, l'évaluation de l'invalidité de l'assuré ne pouvant reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans le rapport d'experts en matière professionnelle (cf. TF 8C_776/2009 du 19 juillet 2010 consid. 5.2 et réf. cit.). d) Il s'avère donc que c'est à juste titre que l'OAI a retenu – conformément à l'avis du Dr X. _____ – que le recourant disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 6

Le recourant conteste, par ailleurs, le caractère adapté de l'activité de monteur exercée auprès de l'entreprise W. _____ SA, alléguant d'une part avoir dû mettre un terme à cette

occupation pour des motifs médicaux, et observant d'autre part n'avoir exercé le travail de monteur qu'à 50% avec un rendement de 90%. Il convient tout d'abord de relever que les explications du recourant concernant son départ de la société W._____ SA ont varié au

- 30 - fil du temps. En effet, l'intéressé a tout d'abord soutenu que son médecin lui défendait de travailler (cf. note téléphonique de la CNA du 9 février 2006), sans toutefois fournir le moindre certificat médical étayant ses dires. Par la suite, il a exposé qu'il ne souhaitait pas occuper un tel travail toute sa vie, que du reste la place en question était temporaire et non pas stable, et qu'il préférait tenter une reconversion professionnelle comme dessinateur par l'entremise de l'AI (cf. rapport d'entretien de la CNA du 17 février 2006 p. 2), respectivement que l'activité en question ne correspondait pas à son niveau de compétence (cf. note de l'OAI du 11 juillet 2006). Ultérieurement, l'intéressé est revenu sur ses dires, pour prétendre qu'il avait été contraint de cesser sa collaboration avec W._____ SA pour des motifs médicaux (cf. objections du 18 novembre 2009 et mémoire de recours du 15 avril 2010). L'inconstance des explications de l'assuré ne permet pas de déterminer les réels motifs qui l'ont poussé à quitter la société précitée. Par ailleurs, s'il est vrai que le taux d'activité s'est tout d'abord élevé à 100% avant de diminuer à 50%, l'assuré ne supportant pas un horaire complet (cf. rapport d'entretien de la CNA du 24 janvier 2006), il convient de rappeler que le poste en cause s'inscrivait dans le contexte d'une activité thérapeutique occupationnelle, visant à permettre la réintégration professionnelle progressive de l'intéressé (qui n'avait plus occupé de place de travail stable depuis près de deux ans et demi), et que l'effet thérapeutique devait donc dans un premier temps primer sur le rendement (cf. lettre de la CNA du 21 décembre 2005); ces différents facteurs laissent à penser qu'une augmentation graduelle du taux de travail aurait pu être envisagée à terme (cf. également propos de l'assuré selon lesquels «si on l'engage[ait], il esp[érait] pouvoir par la suite augmenter durablement son horaire, une fois accoutumé à la situation» [cf. rapport d'entretien de la CNA du 24 janvier 2006]). Quant au rendement de 90%, celui-ci était dû à l'inexpérience de l'intéressé, et aurait rapidement pu atteindre 100% après un ou deux mois de travail (cf. note d'entretien de la CNA du 17 février 2006).

- 31 - C'est enfin le lieu de relever que l'activité de monteur proposée par W._____ SA a été jugée adaptée tant par l'assurance- invalidité que par l'assurance-accidents (cf. à cet égard la prise de position du Dr S._____ du 24 février 2006 p. 2; cf. également les écritures de l'OAI du 12 octobre 2009). Il ressort de ce qui précède qu'en l'état du dossier, la Cour de céans ne dispose d'aucun élément concret démontrant que le poste de monteur proposé par W._____ SA n'était pas adapté. Cette problématique peut toutefois demeurer indécise en l'occurrence, dès lors qu'elle n'a pas d'incidence sur l'issue de la présente affaire, singulièrement sur la détermination du revenu avec invalidité (cf. consid. 7b infra).

E. 7

Cela étant, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité. 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 (ATF

130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). 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; 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

- 32 - l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Le revenu d'invalidité 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'invalidité. 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'invalidité 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 (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; 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 (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182). Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidité déterminé sur la base des salaires 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, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et 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 (ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4c). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des

- 33 - assurances sociales ne peut substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6 p. 81).
b) En l'espèce, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente pour procéder à la comparaison des revenus, soit en l'occurrence 2004 (délai d'attente d'une année [cf. art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, correspondant à l'actuel art. 28 al. 1 let. b LAI]). S'agissant du revenu de valide, lequel n'est pas contesté par le recourant, l'OAI a retenu un montant de 67'371 fr., conformément aux indications figurant dans le questionnaire pour l'employeur complété par l'atelier mécanique A._____ le 26 octobre 2004 (cf. également courrier de la CNA du 23 février 2006). En ce qui concerne le revenu d'invalidité, la décision attaquée se base sur un montant de 62'000 fr., correspondant vraisemblablement au revenu que l'assuré aurait pu escompter à terme en travaillant comme monteur auprès de l'entreprise W._____ SA. L'OAI n'explique toutefois pas les calculs lui permettant d'avancer un tel montant, de sorte que la Cour de céans ne peut se prononcer en toute connaissance de cause sur le sujet. Ce point n'est

toutefois pas décisif. En effet, si l'on se réfère à la méthode usuelle basée sur les données statistiques résultant de l'ESS 2004 (cf. consid. 7a supra), il apparaît que le salaire de référence auquel pouvaient prétendre en 2004 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé s'élevait à 4'588 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4). Quoi qu'en pense le recourant et même s'il présente des atteintes à sa santé, ce secteur offre un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées pour qu'un certain nombre d'entre elles lui soient immédiatement accessibles (cf. dans ce sens TF 9C_146/2010 du 30 août 2010 consid. 3). Ce salaire représente – 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

- 34 - en 2004 (41,6 heures [La Vie économique 10-2006, p. 90, tableau B9.2]) – un revenu d'invalidé de 4'771 fr. 52 par mois (4'588 fr. x 41,6 : 40 heures), soit 57'258 fr. 24 par année. A ce salaire, il faut encore d'appliquer un facteur de réduction qu'il convient en l'occurrence de fixer à 10%, pour tenir compte des limitations fonctionnelles somatiques présentées par le recourant – dont la longue absence du circuit économique n'est pas susceptible d'entrer en ligne de compte dans le présent contexte, l'intéressé ne pouvant tirer argument de l'écoulement du temps durant lequel il n'a pas tenté de réduire son dommage, pour prétendre ensuite à une rente d'invalidité; de même, le taux d'occupation ne constitue pas un critère pertinent en l'espèce, au vu de la capacité entière de travail retenue dans une activité adaptée (cf. mémoire de recours du 15 avril 2010 p. 5). Au final, le revenu avec invalidité déterminant s'élève ainsi à 51'532 fr. 42. Si l'on compare le revenu d'invalidé de 51'532 fr. 42 avec celui sans invalidité de 67'371 fr., il résulte une perte de gain de 15'838 fr. 58 correspondant à un degré d'invalidité de 23,5% (15'838 fr. 58 / 67'371 fr. x 100), inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI. Il est vrai que l'on pourrait se demander s'il ne serait pas plus approprié de calculer le revenu avec invalidité sur la base du salaire de référence de 5'550 fr. prévu par l'ESS 2004 pour les activités nécessitant des connaissances professionnelles spécialisées (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 3). En effet, le recourant est titulaire d'un CFC de mécanicien et, selon les informations recueillies par l'OAI, il ne devrait pas rencontrer de difficultés particulières pour retrouver un emploi analogue à celui qu'il occupait auprès de l'entreprise W. _____ SA (cf. let. E.f supra). Dans ce cas, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41,6 heures) et d'un abattement de 10%, le revenu annuel avec invalidité devrait être estimé à 62'337 fr. 60. La Cour de céans peut toutefois s'abstenir de trancher cette question, qui demeure sans incidence sur l'issue de la cause (cf. consid. 6b/cc infra). En effet, après comparaison du revenu avec invalidité de 62'337 fr. 60 avec celui sans invalidité de 67'371 fr., il apparaît que le préjudice économique

- 35 - s'élève à 5'033 fr. 40, et qu'il en résulte un taux d'invalidité de 7,47% (5'033 fr. 40 / 67'371 fr. x 100), lui aussi inférieur au seuil de 40% présidant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

E. 8

Le droit au reclassement dans une nouvelle profession suppose que l'atteinte à la santé entraîne une perte de gain d'une certaine importance, soit une perte de gain durable de 20% environ dans toute activité exigible et qui ne nécessite pas une formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 110 c. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 c. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 c. 4; TFA I 238/00 du 2 novembre 2000; VSI 2000 p. 64 c. 1;

VSI 2000 p. 196; TAss VD du 28 octobre 1999, AI 90/99 - 37/2000). Un taux égal ou supérieur à 20% n'ouvre toutefois pas automatiquement droit à des mesures professionnelles, dans la mesure où il y a lieu de prendre en compte les capacités d'apprentissage de l'intéressé, ses aptitudes et sa motivation en particulier ainsi que les professions qui lui sont ouvertes et qu'il pourrait exercer immédiatement sans réadaptation (ATF 130 V 163 c. 4.3.3; 124 V 109 c. 2a; TFA I 330/05 du 25 janvier 2006). En l'occurrence, il résulte du dossier que, sous réserve d'une éventuelle période de mise au courant auprès d'un employeur potentiel, le recourant est à même de pouvoir réintégrer le monde du travail sans formation complémentaire (cf. rapport final de l'OAI du 15 juillet 2009). Preuve en est que l'intéressé s'est vu proposer un emploi – certes temporaire, mais qui aurait pu déboucher sur un engagement durable (cf. rapport d'entretien de la CNA du 17 février 2006 p. 2) – auprès de l'entreprise W._____ SA en février 2006. Au vu de la jurisprudence précitée, force est de constater que le recourant ne peut, dès lors, prétendre à la mise en œuvre d'un reclassement professionnel. Tout au plus convient-il de rappeler que l'intéressé s'est vu proposer une aide au placement, mesure dont il lui était loisible de faire usage (cf. décision de l'OAI du 12 mars 2010, p. 2).

E. 9

Compte tenu des griefs invoqués et de l'état du dossier, la mise en œuvre d'un examen médical complémentaire visant à déterminer

- 36 - la capacité de travail résiduelle de l'intéressé n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, une telle expertise ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; 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.

E. 10

a) En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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