

VD_GERICHTE ZD14.003086 vom 17. März 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-03-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.003086

FR: VD_GERICHTE ZD14.003086 du 17 mars 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.003086 del 17 marzo 2015

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 16/14 - 69/2015 ZD14.003086 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 17 mars 2015 _____ Présidence de M. MÉTRAL Juges : Mme
Rossier et M. Gutmann, assesseurs Greffière : Mme Preti ***** Cause pendante entre :
C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à
Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE
VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; 4 et 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. C. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant
français, a travaillé en Suisse en tant que frontalier dès novembre 2007. Il a notamment été
engagé par D. _____ SA (société d'emploi temporaire) dès le 17 avril 2008, en qualité de
monteur électricien qualifié. Le 18 novembre 2008, l'assuré a été victime d'un accident
professionnel, entraînant une déchirure ligamentaire du poignet droit. Un traitement
conservateur a été mis en place dans un premier temps. Il a présenté à la suite de cet
accident une incapacité de travail totale dans l'activité professionnelle habituelle (cf.
rapport du Dr V. _____ du K. _____ [ci-après : le CHUV], dont la date est illisible).
Les Drs D. _____, spécialiste en radiologie, et L. _____, médecin assistant, au
K. _____, ont constaté, sur la base d'un examen radiologique pratiqué le 18 décembre
2008, une déchirure des parties moyenne et dorsale du ligament luno-triquétral et une
inflammation articulaire luni-triquétrale avec extension kystique du récessus proximement
vers la face palmaire du cubitus. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
(ci- après : la CNA) a pris en charge le traitement et alloué des indemnités journalières.
Selon une note interne de la CNA du 2 février 2009, l'indemnité journalière de l'assuré
s'élevait à 174 fr. 40, compte tenu d'un gain assuré de 79'560 fr. calculé sur la base du
salaire versé par D. _____ SA du 25 août au 17 novembre 2008. Par courrier du 27 avril
2009 à l'assuré, D. _____ SA a résilié les rapports de travail avec effet au 31 mai 2009.
Le 9 octobre 2009, l'assuré a subi une opération chirurgicale, à savoir une reconstruction
ligamentaire luno-triquétrale par bandelette de

- 3 - l'extenseur ulnaire du carpe (cf. protocole opératoire du K. _____ du 9 novembre
2009). Le 16 octobre 2009, l'assuré a déposé une première demande de prestations de
l'assurance-invalidité, précisant quant au genre de l'atteinte : « déchirure ligamentaire du
poignet droit en tant que droitier ». Le 27 octobre 2009, l'Office de l'assurance-invalidité
pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a procédé au calcul du préjudice
économique. Pour le revenu sans invalidité, il s'est basé sur le dernier salaire horaire de
l'assuré de 31 fr. 50 dans l'activité de monteur électricien, soit 73'585 fr. annuel (31 fr. 50/h
x 41.5 x 4.33 x 13 = 73'585 fr.). S'agissant du revenu avec invalidité, l'OAI s'est basé sur
l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) et a procédé à un abattement de
10% ; il a fixé le salaire final exigible à 55'958 francs. Dans le questionnaire qu'il a

complété le 10 novembre 2009, D. _____ SA a indiqué que l'assuré avait travaillé pour son compte du 17 avril 2008 au 31 mai 2009, le dernier jour de travail effectif étant le 14 novembre 2008. Il avait réalisé un revenu de 38'200 fr. d'avril à décembre 2008 pour un total de 1'236.25 heures. Dans un rapport du 17 décembre 2009, le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie de la main, a posé le diagnostic de rupture du ligament luno-triquétral droit existant depuis le 18 novembre 2009. Il a précisé que les suites opératoires du 9 octobre 2009 avaient été simples. Selon lui, un pronostic était prématuré. Il a établi une incapacité de travail totale dès le 23 décembre 2008, précisant que l'assuré subissait une importante limitation du poignet droit dans tous les axes, une diminution de la force de la main et du poignet et une incapacité à utiliser des outils de la main droite. Le Dr M. _____ a estimé qu'il était trop tôt pour se prononcer sur la date d'une reprise de l'activité professionnelle.

- 4 - Dans une communication du 7 janvier 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en l'état, en raison de son état de santé. L'assuré a séjourné à la P. _____ (ci-après : P. _____) du 27 mai au 30 juin 2010. Les Drs T. _____, spécialiste en rhumatologie, et J. _____, médecin assistante, ont établi un rapport daté du 26 juillet 2010. Il y ont posé les diagnostics de douleurs persistantes et raideur du poignet droit, d'entorse du poignet droit avec rupture du ligament luno-triquétral le 18 novembre 2009, ainsi que de reconstruction ligamentaire luno-triquétrale par bandelette de l'extenseur ulnaire du carpe à droite le 9 octobre 2009. Ils ont notamment exposé les éléments suivants (cf. rubrique « appréciation et discussion » du rapport) : « 1. A une année et demie de l'accident et sept mois après reconstruction ligamentaire, le patient estime l'évolution plutôt positive depuis l'arthrodèse en ce qui concerne les douleurs, mais la mobilité du poignet reste très limitée et déclenche des douleurs en regard de l'interligne articulaire. Il fait beaucoup d'activités de la vie quotidienne avec sa main gauche. Par ailleurs, le patient reste très gêné par des douleurs à type de lancées électriques et des brûlures qui apparaissent dès qu'on touche sa cicatrice et à l'effort, et à la mobilisation répétitive de sa main droite. Ces douleurs sont localisées essentiellement au niveau du 2e doigt et du poignet faces palmaire et dorsale. Par ailleurs, il nous signale une hyposensibilité de la pulpe des 4e et 5e doigts. Il ne porte aucune attelle actuellement. Il prend du Paracétamol et il est régulièrement suivi en physiothérapie à raison de 3x/semaine depuis l'intervention chirurgicale. Au status, on retient une cicatrice sur la face dorsale de la main droite légèrement sensible, une hypomyotrophie globale de la main, une styloïde ulnaire saillante, une limitation de la mobilité importante au niveau du poignet droit et une hyposensibilité de la pulpe des 4e et 5e doigts. Les RX des deux mains et du poignet droit du 31.05.2010 sont dans les limites de la norme, avec une discrète déminéralisation du carpe et des têtes métacarpiennes à droite. Selon l'avis de notre consultant en chirurgie de la main, il n'existe pas d'indication chirurgicale. La poursuite de l'ergothérapie est préconisée pour essayer d'améliorer les amplitudes articulaires du poignet. Très probablement, le patient gardera une limitation définitive des amplitudes du poignet au vu du type d'intervention effectuée. Un ENMG [électroneuromyogramme] effectué le 09.06.2010 est rassurant et ne montre aucune pathologie décelable significative, hormis une limitation douloureuse de la mobilité du poignet droit et

- 5 - une zone d'allodynie cicatricielle sur la face dorsale du poignet et de la main. Durant le séjour, le patient a été pris en charge en ergothérapie avec des traitements individuels et en groupes, comprenant de la mobilisation passive, de la désensibilisation, du renforcement

musculaire, de la kinétec du poignet, un programme d'imagerie motrice, avec comme objectifs d'augmenter la mobilité, la diminution des dysesthésies de la cicatrice et l'augmentation de la force. Au cours du séjour, on observe une nette augmentation de la douleur, ce qui provoque une sous-utilisation de ce poignet dans les gestes de la vie quotidienne. La mobilité articulaire et la sensibilité de la cicatrice sont inchangées de manière significative, par ailleurs on note une amélioration de la force, malgré l'augmentation des douleurs. A la sortie le patient poursuivra les séances-d'ergothérapie à raison de 2x/semaine, dans le but d'un renforcement musculaire et d'amélioration de la mobilité articulaire. M. C. _____ a bénéficié également d'une prise en charge de physiothérapie à but de renforcement global, mobilisation du poignet droit. La ponctualité et la coopération ont été moyennes. Aucun progrès significatif n'a été constaté. En raison de la péjoration des douleurs, le traitement individuel a été stoppé au début du séjour. 2. Sur le plan socio-professionnel : M. C. _____ possède un BEP et un bac en électrotechnique. Il est en incapacité totale depuis l'accident de novembre 2008. Il est probable, au vu du poste de travail actuel que le patient doit changer d'activité, raison pour laquelle une annonce à l'AI a été faite, en octobre 2009. Durant le séjour, le patient a été pris en charge aux ateliers professionnels, où il a pu se tester dans diverses activités manuelles, relativement légères, à type de réentraînement (tests de dextérité fine et de démontage d'imprimante). Durant ces activités, le patient évoque une nette accentuation des douleurs au niveau de sa main droite, dans toutes les mobilisations, le rendement est faible et le travail a été arrêté avant l'heure prévue. M. C. _____ a également rencontré la psychologue d'orientation professionnelle pour recherche de pistes professionnelles. En ce moment, le patient espère continuer sa profession de monteur-électricien. Dans ces conditions, il est actuellement encore trop tôt pour aborder le problème de la réorientation professionnelle. En résumé : Il s'agit d'un patient de 25 ans, droitier, ayant eu une reconstruction ligamentaire, avec une importante raideur du poignet droit. Suite à la prise en charge d'ergothérapie et de physiothérapie on ne note pas d'amélioration significative, ni objective, ni subjective. A la sortie le patient prendra contact avec son chirurgien pour discuter des progrès qui sont encore possibles au niveau de ce poignet. A notre avis, il persistera un déficit de mobilité du poignet droit et très probablement, à terme, le patient devra changer d'activité professionnelle. Il gardera des limitations pour les ports de charges répétés, les activités demandant de la force de serrage au niveau de la main et des mouvements très répétitifs de préhension et de rotation.

- 6 - Dans une activité qui respecte ces limitations une capacité de travail totale est attendue. La situation sera à notre avis bientôt stabilisée d'ici 3-4 mois soit à une année de l'intervention. INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MONTEUR-ELECTRICIEN - 100% jusqu'au rendez-vous chez son chirurgien. » Dans un rapport du 20 août 2010 du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), le Dr X. _____, spécialiste en anesthésiologie, a retenu que le séjour à la P. _____ avait permis d'obtenir une augmentation de la force, sans diminution des douleurs et sans amélioration significative de la mobilité du poignet droit de l'assuré. Il n'y avait en outre pas d'indication chirurgicale et il n'y avait pas à attendre une récupération suffisante pour la reprise de l'activité professionnelle antérieure, de sorte qu'une reconversion professionnelle était médicalement indiquée. Par courrier du 11 novembre 2010 à l'assuré, l'OAI a demandé des renseignements sur son statut de frontalier. Selon une note d'entretien téléphonique du 10 décembre 2010, l'assuré a informé un collaborateur de l'OAI qu'il n'avait pu obtenir de permis B et que son domicile secondaire était à [...]. A l'occasion de cet entretien téléphonique, puis dans un courrier ultérieur du 23 décembre

2010, l'OAI a requis de l'assuré qu'il réponde par écrit à l'envoi du 11 novembre 2010. Selon une nouvelle note d'entretien téléphonique du 31 mars 2011, l'assuré a expliqué à un collaborateur de l'OAI qu'il avait un permis frontalier, qu'il s'était inscrit à [...] en résidence principale et attendait un retour sur sa demande de permis B. Par sommation du 5 avril 2011 adressée à l'assuré, l'OAI a exigé qu'il communique les informations nécessaires à l'instruction de sa demande de mesures professionnelles et a fixé un délai au 14 avril 2011 pour ce faire, précisant qu'à défaut une décision serait prise sur la base du dossier en sa possession.

- 7 - Dans un rapport du 30 mai 2011 à la CNA, le Dr R. _____, spécialiste en chirurgie de la main, a diagnostiqué une instabilité médio- carpienne et une raideur capsulaire dorsale du poignet droit, ainsi qu'un status après reconstruction ligamentaire luno-triquétrale par bandelette extenseur ulnaire du carpe à droite. Il a constaté à l'examen médical que la mobilité du poignet droit était un peu meilleure par rapport à l'examen effectué à la P. _____ une année auparavant. Il indiquait également que la mobilité, la sensibilité et la trophicité des doigts, ainsi que du pouce étaient normales. Le Dr R. _____ a exposé revoir l'assuré le 21 juin 2011 pour décider de la suite du traitement. Par courrier du 1er juin 2011, l'OAI a transmis à l'assuré un formulaire E204 relatif aux travailleurs migrants qu'il était chargé de compléter et de renvoyer. Selon un rapport du 22 juin 2011 du Dr R. _____ à la CNA, une nouvelle intervention chirurgicale a été décidée, à savoir une capsulo- arthrolyse dorsale radio-carpienne, accompagnée d'une dénervation totale du poignet droit. Par avis médical du 14 juillet 2011, le Dr S. _____, médecin au SMR et spécialiste en chirurgie, a exposé que des mesures d'ordre professionnel étaient déjà possible, en tenant toutefois compte de l'incapacité de travail temporaire entraînée par l'intervention ; l'assuré présenterait une convalescence de dix à douze semaines et il conviendrait de demander un rapport au Dr R. _____ huit à douze semaines après l'intervention. L'OAI a renoncé à ordonner immédiatement des mesures d'ordre professionnel, compte tenu de l'opération prévue mi-septembre et des renseignements à obtenir encore concernant le statut de l'assuré en Suisse (cf. communication interne de l'OAI du 15 juillet 2011).

- 8 - Le 16 septembre 2011, l'assuré a subi une dénervation totale du poignet droit selon Wilhelm, avec arthrolyse dorsale, et résection partielle de la capsulodèse (cf. protocole opératoire du 16 septembre 2011 du Dr R. _____). Dans un rapport du 25 novembre 2011 à l'OAI, le Dr R. _____ a posé le diagnostic d'ankylose douloureuse post-reconstruction du ligament luno-pyramidal du poignet droit à la suite d'un accident. Il a attesté une incapacité de travail totale et indiqué qu'il était trop tôt pour répondre à la question de savoir si on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Il a précisé les limitations fonctionnelles de l'assuré, à savoir un port de charge limité à 10 kg pour le poignet droit. L'assuré a été examiné le 10 janvier 2012 par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr Z. _____. Il a notamment relevé ce qui suit (cf. rubrique « appréciation » du rapport daté du même jour) : « [...] Actuellement, le patient dit qu'il est relativement satisfait de l'intervention. Il a davantage de mobilité qu'auparavant. En revanche, il a encore passablement de douleurs lorsqu'il sollicite son poignet. Il signale aussi des fourmillements nocturnes désagréables sur le dos de la main qui parfois le réveillent. Objectivement, le poignet droit est calme, bien aligné, douloureux à la palpation, en regard du pisiforme. A sa face dorsale, les tendons extenseurs sont assez adhérents, notamment ceux de l'index. La

mobilité a un peu progressé. La force de serrage de la main droite reste assez réduite. Du point de vue thérapeutique, il n'y a pas grand chose à proposer. Le bien-fondé d'un reclassement professionnel ne fait guère de doute chez un patient qui dit vouloir travailler dans une activité adaptée aux séquelles de son accident. Un séjour à la P. _____, centré sur l'évaluation professionnelle, aidera peut-être à l'AI à aller de l'avant. On fera également un examen neurologique avec ENMG ». Dans un courrier du 20 janvier 2012 de la CNA, il est indiqué par une note manuscrite de l'ancien employeur que l'assuré aurait perçu,

- 9 - en 2012, un salaire horaire de 26 fr. 46 (2 fr. 57 à titre d'indemnité de vacances et 2 fr. 50 à titre de part au treizième salaire), sur la base d'un horaire de travail hebdomadaire moyen de 40 heures par semaine. L'assuré a séjourné à la P. _____ du 24 janvier au 22 février 2012. Les Drs T. _____ et N. _____, médecin praticien, ont rédigé un rapport le 1er mars 2012. Ils ont posé les diagnostics d'entorse du poignet droit le 18 novembre 2008 avec rupture du ligament luno-triquétral, de reconstruction ligamentaire luno-triquétrale par bande de l'extenseur ulnaire du carpe à droite le 19 octobre 2009 et de dénervation totale du poignet droit selon Wilhelm, avec arthrolyse dorsale et résection partielle de la capsulodèse hybride de l'extenseur ulnaire du carpe le 19 septembre 2011. Ils ont exposé les éléments suivants (cf. rubrique « appréciation et discussion » du rapport) : « 1. A l'admission, Monsieur C. _____ se plaint de douleurs au poignet droit localisées sur le bord ulnaire, décrites comme des coups d'aiguilles, le réveillant parfois la nuit. A la base du pouce, il se plaint également de douleurs. Sur la partie distale dorsale de l'avant-bras droit et le dos de la main il décrit des fourmillements le poussant parfois à se gratter. Il n'y a pas de notion de gonflement, pas de changement de coloration ni de la trophicité unguéale. L'intensité des douleurs est estimée en moyenne entre 6-7/10 sur l'EVA, au minimum entre 3 et 4/10 sur l'EVA. A l'examen clinique, chez un patient droitier, le poignet droit est calme. La cicatrice dorsale longitudinale du poignet est dysesthésique, reproduisant des fourmillements dans les 3e et 4e rayons. La mobilité du poignet est limitée en flexion principalement (24°) en amélioration depuis la dernière intervention. La mobilité des doigts est complète. Les RX des deux mains [face] du 31.01.2012 et du poignet droit [face/profil] de la même date sont superposables aux RX réalisées en mai 2010. On retrouve une discrète déminéralisation du carpe, des épiphyses radiales et ulnaires distales du côté droit. Les rapports articulaires sont conservés, avec un aspect plutôt en VISI. Un ENMG est réalisé le 10.02.2012. L'examen ne montre pas d'anomalie de la conduction nerveuse des nerfs radial, médian et ulnaire du côté droit, pouvant expliquer les douleurs de M. C. _____. En ergothérapie, le patient a suivi un programme comprenant des traitements individuels (mobilisation passive en flexion-extension, dépresseo-massages des cicatrices du poignet droit) et des traitements en groupes et en entraînement libre d'intégration, de dextérité et de renforcement, et de désensibilisation. Au terme du

- 10 - séjour, subjectivement M. C. _____ note une cicatrice moins adhérente, l'absence d'amélioration de la mobilité du poignet droit, avec une augmentation des douleurs. La participation aux thérapies est jugée moyenne, le patient arrivant souvent avec retard aux thérapies et la prise en charge étant limitée par les douleurs annoncées. Une paire de gants Thermoskin a été fournie au patient. Objectivement, le bilan 400 pts (pourcentage d'utilisation fonctionnelle de la main lésée) est de 70% (mobilité de la main 71% ; force de préhension 25% - Jamar 3e cran 14.3 kg à droite et 39 kg à gauche = - 12% durant le séjour - prise mono-manuelle et déplacements d'objets 98% ; fonction bi-manuelle 86%). La flexion- extension du poignet droit, active, est à 20°-0-68° et à 20°-0-75° en passif. Il n'est

pas prévu la poursuite de l'ergothérapie à la sortie. En physiothérapie, M. C. _____ a suivi un programme de reconditionnement global (cf. rapport). La participation aux thérapies est jugée moyenne, avec des retards observés tant en thérapies individuelles que dans les groupes. Il n'y a pas d'indication à la poursuite de la physiothérapie à la sortie. Une évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) est réalisée le 15.02.2012. Au PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet), le score est de 94, correspondant à l'appréciation par le patient de pouvoir réaliser des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des résultats réalisés au cours de l'évaluation, on peut mentionner que le sujet sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. Durant l'évaluation la volonté de donner le maximum aux différents tests est jugée réelle et le niveau de cohérence élevé. Au terme de l'évaluation le niveau d'effort fourni correspond à un niveau d'effort léger, les charges allant de 5 à 10 kg. Sur le plan médicamenteux, un traitement de Lyrica n'a pas été supporté par le patient qui dit être soulagé par l'application de Flector Tissugel au poignet droit, en plus de la prise de Paracétamol en réserve. 2. Sur le plan socio-professionnel : on rappelle que M. C. _____ est un patient français, travaillant en Suisse depuis 2007, avec une formation en électro-technique (BEP et probable bac professionnel). En Suisse il a travaillé comme monteur-électro-technicien qualifié. Une annonce à l'AI a été faite. Aux ateliers professionnels, il a été planifié par périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives dans des activités très légères avec des ports de charges inférieurs à 5 kg. Informations, conseils et directives ont été données quant à la reconnaissance de ses diplômes français. Durant l'évaluation, M. C. _____ s'est montré collaborant. Il a mis en avant les douleurs de son poignet droit. Le 17.02.2012, il a été présenté à M. [...], représentant de l'AI. Une phase 1a de réadaptation professionnelle est envisagée dès le 05.03.2012, dont l'objectif serait d'élargir les pistes professionnelles, de l'aider dans les techniques de recherches d'emploi et de finaliser la reconnaissance des diplômes. M. C. _____ paraît intéressé par cette phase mais attend encore l'avis de son chirurgien-traitant, le Dr R. _____.

- 11 - En résumé : plus de trois ans après une entorse du poignet droit ayant nécessité une reconstruction ligamentaire puis une dénervation totale du poignet droit avec arthrolyse et résection partielle de capsulodèse le 19.09.2011, l'évolution est marquée par la persistance de douleurs au poignet droit. L'ENMG du 10.02.2012 ne montre pas d'atteinte neurologique. Au terme du séjour, il n'y a pas d'amélioration tant subjective qu'objective, le patient déclarant plutôt une augmentation des douleurs. Sur le plan médical, la situation paraît stabilisée. Dans l'activité de monteur-électro-technicien, une incapacité totale de travail peut être reconnue de façon définitive. Dans une activité adaptée, une pleine capacité de travail pourrait être reconnue. Les limitations reconnues sont le port de charges lourdes répété, les activités nécessitant des mouvements répétitifs de prono-supination avec le poignet droit, et les activités en force. Une phase de réadaptation professionnelle pourrait être envisagée dès le 05.03.2012. Le patient attend encore l'avis de son chirurgien-traitant, le Dr R. _____, chez qui un rendez-vous est prévu le 27.02.2012. Pour notre part, nous pensons qu'il n'y a plus d'indication opératoire. INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MONTEUR-ELECTRO-TECHNICIEN - 100% de façon définitive. » Le 14 avril 2012, le coordinateur AI de la P. _____ a procédé à l'évaluation finale de la phase 1a s'étant tenue du 20 mars au 13 avril 2012. Il a noté les éléments suivants (cf. rubrique « Bilan – (fin de mesure) » du rapport du 24 février 2012) : « Nous procédons le 13.04.2012 à l'évaluation finale de la phase 1. Le fait qui ressort principalement de ces 4 semaines est d'ordre comportemental. En effet, l'assuré a tendance

à mettre plus en avant son incapacité de travail que son potentiel, si bien que les employeurs ont rapidement une réticence à collaborer avec lui. Son absence prolongée du milieu professionnel a certainement affecté sa confiance en lui, mais il montre aussi une certaine rigidité. Cette dernière a posé problème dans la démarche de recherche de nouvelles cibles professionnelles. De plus son investissement durant la phase 1 aurait pu motiver une interruption de cette dernière (non respect des horaires, absences, manque de mobilisation, etc...) Nous avons retourné ces informations à l'assuré. Nous lui avons aussi rappelé que médicalement, les limitations qui lui étaient reconnues étaient parfaitement compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle à plein temps. M. C. _____ mentionne que le dessin est la cible qui actuellement lui paraît la plus adaptée. Le rapport des ateliers relève aussi des aptitudes pour la vente. Il nous semble utile de mettre en place des stages de longue durée dans ces secteurs d'activité afin de valider ces pistes

- 12 - professionnelles (en fonction du droit qui lui sera reconnu) et de rassurer tout le monde. » A l'examen clinique du 18 juin 2012, le Dr Z. _____ a observé que le poignet de l'assuré était calme, bien aligné, largement indolore avec un ballonnement qui n'était pas retenu. Sur sa face dorsale, les tendons extenseurs restaient assez adhérents, notamment ceux de l'index. La mobilité avait encore un peu progressé, la main avait une bonne trophicité et les doigts montraient une mobilité complète. La force de serrage s'était améliorée. Le Dr Z. _____ a dès lors estimé que le traitement était terminé. Il a considéré que la reprise de l'activité antérieure de l'assuré n'était pas envisageable, mais qu'il pouvait en revanche travailler à plein temps dans une activité légère, sans port de charges de plus de 5 kg, et qui respectait également les limitations fonctionnelles mentionnées par la P. _____ (cf. rapport du 18 juin 2012 du Dr Z. _____). Selon avis médical du 8 août 2012, le Dr S. _____ a retenu que l'intervention chirurgicale du 16 septembre 2011 avait justifié une nouvelle incapacité de travail de l'assuré dans toute activité jusqu'au second séjour à la P. _____, au terme duquel une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avait été reconnue. Le Dr S. _____ a confirmé les limitations fonctionnelles retenues par la P. _____, à savoir pas de port répété de charges lourdes, pas de mouvements répétitifs de pro-supination du poignet droit, ni d'activités en force. Il a fixé le début de l'aptitude à la réadaptation au 23 février 2012, date de la sortie de la P. _____. Selon un rapport du Service de réadaptation de l'OAI du 30 août 2012, l'assuré n'avait rien entrepris de concret depuis sa sortie de la P. _____ pour trouver un stage. Le collaborateur de l'OAI a expliqué à l'assuré que les remarques lues dans le rapport de la P. _____ concernant sa motivation et son investissement étaient négatives et qu'il devait changer d'attitude et montrer qu'il était capable de se prendre en main.

- 13 - Par courrier du 3 septembre 2012, l'OAI a écrit à l'assuré ce qui suit : « [...] Lors de notre entretien du 30.08.2012, nous vous avons confirmé notre soutien dans un projet de stage, afin de valider la cible professionnelle que vous aurez retenue parmi celles proposées. A l'issue de ce stage d'une durée de 1 à 3 mois, selon les disponibilités de l'employeur et en cas de succès, nous pourrions envisager la prolongation de ce stage pour 3 à 6 mois, afin que vous puissiez bénéficier d'une formation pratique en emploi. Au terme de cette période, nous pourrions vous proposer notre service d'aide au placement, afin de vous soutenir dans la recherche d'un emploi adapté. A noter que lors de cette phase, des incitations à l'embauche sous forme de participation financière peuvent être proposées à l'employeur. Comme nous vous l'avons exposé, vous êtes absent du marché du travail depuis bientôt 4 ans et la priorité pour vous est de réintégrer une entreprise le plus rapidement possible. Le

choix des professions adaptées permettant de réintégrer rapidement le marché de l'emploi sont notamment : • Conseiller de vente à l'interne pour des entreprises de vente de matériel électrique aux professionnels et/ou aux privés ([...] ou [...] par exemple) • Gestionnaire de stock chez un fournisseur de matériel électrique, une entreprise d'électricité, pour gérer les stocks, planifier les commandes, choisir le matériel, les fournisseurs • Vente externe pour la représentation de matériel électrique • D'autres activités faisant appel à vos compétences dans l'électricité sont possibles sous réserve que l'activité soit adaptée à vos limitations fonctionnelles. Il vous appartient de rechercher ces activités et nous les proposer. En contrepartie et comme expliqué lors de notre entretien, nous attendons de votre part un engagement total dans le processus de recherche de stage et ce dès maintenant. Ceci signifie concrètement que nous attendons de vous que vous contactiez des agences de placement et des entreprises, afin de leur demander des conseils et des lieux dans lesquels vous pourriez effectuer un stage. Vous voudrez bien noter ces contacts (numéro de téléphone, nom de la personne et de la société,) et nous les faire parvenir par courriel chaque semaine. Nous attendons un minimum de 5 recherches par semaine. Par contact nous entendons un entretien individuel avec une personne de la société. Dès qu'une opportunité se présentera, nous vous prions de nous le faire savoir sans délai afin que nous puissions contacter l'entreprise et mettre en place le stage.

- 14 - Nous sommes certains que nous pouvons compter sur votre collaboration et restons à votre disposition pour toutes questions ou aide dont vous pourriez avoir besoin. [...] » Par courrier du 5 octobre 2012, l'OAI a sommé l'assuré de lui faire parvenir les documents demandés lors des derniers entretiens, expliquant qu'à défaut une décision serait prise sur la base du dossier. Par courrier sommation du 30 octobre 2012, l'OAI a une ultime fois demandé à l'assuré les documents nécessaires à l'instruction de son dossier, précisant que sans nouvelles de sa part au 14 novembre 2012, les mesures d'ordre professionnel seraient refusées pour manque de collaboration de sa part. Par projets de décision du 17 décembre 2012, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il lui refusait le droit à des mesures d'ordre professionnel, ainsi qu'à une rente de l'assurance-invalidité, au motif qu'il n'avait pas collaboré à l'instruction du dossier. Il n'avait notamment pas rempli le formulaire d'enquête inter-étatique, de sorte qu'il n'avait pas pu établir la durée de cotisation minimale de trois ans au moment de la survenance de l'invalidité. Par décisions du 11 février 2013, l'OAI a confirmé ces projets du 17 décembre 2012. Ces décisions n'ont pas fait l'objet de recours et sont entrées en force. B. Le 12 avril 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, indiquant souffrir d'un « poignet droit hors service ». Dans le formulaire idoine, il a mentionné avoir été domicilié en France jusqu'au 1er décembre 2010. L'assuré a précisé dans une lettre annexe avoir « de nombreux soucis de santé survenu au cœur dû au stress de mon handicap de la main droite ». Il a produit un certificat du Centre hospitalier de [...], à [...], à teneur duquel il a été hospitalisé du 21 au 24 juillet 2012 dans le département de pathologie cardiovasculaire. Selon ce document, il avait consulté en raison d'une gêne fonctionnelle

- 15 - sous forme de palpitations qui s'était installée « depuis quelques jours » et qui survenait essentiellement au repos, en fin de journée, franchement accentuée ou déclenchée par le stress. Pour le reste, il était constaté ce qui suit : « A l'entrée, l'E.C.G confirmait l'existence d'extrasystoles auriculaires confluentes, avec QRS type bloc de branche droit. Pas d'anomalie du QRS pas de trouble de la repolarisation. Le reste de l'examen était normal. Tension artérielle 130/70. L'échocardiographie écartait l'éventualité d'une

cardiopathie organique sous jacente [...]. Compte tenu de l'absence de toute cardiopathie sous jacente inquiétante, nous nous sommes contentés d'un simple repos et de fait petit à petit tout est rentré dans l'ordre. Ce jour le rythme sinusal reste stable avec disparition de l'extrasystolie. Il s'agit probablement d'une excitabilité auriculaire de type hyper sympathique, qui ne devrait pas nécessiter de mise en route anti-arythmique de fond. Nous avons laissé sortir le patient avec un simple traitement symptomatique à la demande [...]. » Par courrier du 16 avril 2013, l'OAI a demandé à l'assuré une copie des livrets pour étrangers ou autorisation de séjour, ainsi que les documents relatifs à sa formation professionnelle. Par courrier du 24 avril 2013 à l'OAI, le Service de la population indiquait que l'assuré était au bénéfice d'un permis L, dont le renouvellement faisait l'objet d'une instruction auprès de leur service. Le 25 avril 2013, l'assuré a fait parvenir à l'OAI les documents liés à sa formation professionnelle. L'OAI est entré en matière (cf. note de suivi de l'OAI du 21 mai 2013). Il a convoqué l'assuré pour un premier contact en vue d'un bilan le 4 juin 2013 (cf. courrier du 21 mai 2013 de l'OAI à l'assuré). Par courrier du 28 mai 2013 à l'assuré, l'OAI a noté qu'il n'avait à nouveau pas fourni les pièces requises. Il était dès lors prié de les apporter lors de l'entretien d'évaluation fixé le 4 juin 2013.

- 16 - Dans une lettre du 4 juin 2013 à l'assuré, l'OAI a constaté qu'il ne s'était pas présenté à l'entretien à l'heure fixée, sans demande d'annulation ni de report. Un nouveau rendez-vous a été fixé le 10 juin 2013 par l'OAI, qui s'est réservé le droit de mettre un terme à ses démarches d'intervention précoce s'il ne se présentait pas à ce nouveau rendez-vous sans excuse valable. Le 10 juin 2013, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, au motif qu'il ne s'était pas présenté aux différentes convocations à un entretien. Par décision du 11 juin 2013, la CNA a mis un terme au paiement des indemnités journalières à l'assuré au 30 juin 2013, et lui a refusé le droit à une rente d'invalidité (le taux de 7% retenu n'ouvrant pas de droit aux prestations). Une indemnité pour atteinte à l'intégrité sur la base d'un taux de 10% lui a été octroyée. Selon un rapport du Dr F. _____ du 3 septembre 2012, transmis à l'OAI le 28 juin 2013, un traitement anti-arythmique sous forme de bêtabloquant était envisagé, l'assuré affirmant être toujours gêné par des palpitations. Par projet de décision du 11 octobre 2013, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité. L'OAI a constaté que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée (activité légère, sans port de charges de plus de 5 kg, ni de mouvements répétitifs de pronosupination avec le poignet droit), lui permettant de réaliser un revenu de 56'200 fr. par année. Comparé au gain de 60'200 fr. sans atteinte à la santé, ce revenu limitait la diminution de la capacité de gain à 7%, ce qui n'ouvrait pas le droit à des prestations. Le 6 novembre 2013, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI, invoquant notamment des problèmes de tachycardie et une dégradation de son état psychique.

- 17 - Selon un avis médical du 3 décembre 2013, le Dr S. _____ a considéré qu'il n'y avait pas d'élément médical nouveau. Il a indiqué que les extrasystoles présentées par l'assuré n'étaient pas à l'origine d'un arrêt de travail de longue durée et que, dans tous les cas, elles étaient antérieures à la décision du 11 février 2013 qui était entrée en force. Enfin, il notait qu'aucun médecin n'avait mentionné d'atteinte psychique. Par décision du 10 décembre 2013, l'OAI a confirmé son projet du 6 novembre 2013. C. Par acte du 24 janvier 2014, C. _____, représenté par son conseil, a recouru contre la décision de l'OAI du 10 décembre 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en

concluant à sa réforme en ce sens qu'il a droit à un reclassement et des mesures d'ordre professionnel dès le 1er novembre 2012, ainsi qu'à une rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2012. Il fait notamment valoir qu'il n'a pas manqué à son devoir de collaboration à l'instruction du dossier. S'agissant du calcul du préjudice, le recourant conteste le revenu hypothétique sans invalidité de 60'200 fr. retenu par l'OAI, estimant qu'il convenait de se baser sur le revenu réellement perçu avant l'atteinte à sa santé. Il considère dès lors que le revenu sans invalidité s'élevait à 79'560 fr. au minimum conformément à la base retenue par la CNA pour le calcul de l'indemnité journalière (indemnité journalière de 174 fr. 40 calculée sur la base d'un salaire de 79'560 fr.). Ensuite, il allègue qu'il y a lieu de procéder à un abattement de 20% au moins sur le revenu d'invalidité retenu par l'OAI eu égard aux circonstances. Enfin, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale. Le 20 mars 2014, l'intimé a répondu et conclu au rejet du recours. Les parties ont maintenu leurs positions dans leurs déterminations des 26 juin 2014, respectivement du 6 août 2014. Le recourant a produit différentes pièces à l'appui de son écriture du 26 juin

- 18 - 2014, à savoir notamment un rapport d'échocardiographie du 25 avril 2014 de la Dresse W._____, spécialiste en cardiologie, laquelle relevait une bonne fonction biventriculaire, sans dilation ni hypertrophie, l'absence de valvulopathie significative et d'hypertension pulmonaire, l'absence de shunt intracardiaque, ainsi qu'un flux mitral normal. Le 13 octobre 2014, le recourant a produit un rapport du 5 septembre 2014 établi par le Dr Q._____, spécialiste en cardiologie, à l'attention de la Dresse W._____. Selon ce rapport, le recourant présentait une extrasystolie auriculaire symptomatique, raison pour laquelle un nouveau traitement avait été proposé. Dans un courrier du 20 janvier 2015, le juge instructeur a informé les parties que les mesures d'instruction requises par le recourant étaient rejetées sur la base d'une appréciation anticipée des preuves au dossier, et que, sauf nouvelles réquisitions dans un délai échéant au 3 février 2015, un jugement serait rendu. E n d r o i t : 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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes hivernales, auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

- 19 - b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel et à une rente de l'assurance-invalidité. Il y a lieu de préciser que le droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité pour la période antérieure au mois de février 2013 a été tranché par les décisions de l'OAI du 11 février 2013, lesquelles sont entrées en force. Le recourant a déposé une nouvelle demande le 12 avril 2013, de sorte que le droit à des prestations de l'assurance-invalidité entre en

considération dès le premier jour du sixième mois après cette nouvelle demande, soit dès le 1er octobre 2013 (cf. art. 29 al. 1 LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008). 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (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 al. 1 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.

- 20 - Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70%. 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. 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_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 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. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). c) 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en

- 21 - 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 la référence citée ; TF 9C_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1er juillet 2013 consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1). 4. Concernant l'aspect médical, il convient de relever en préalable que la

première demande ayant été rejetée à la suite d'un refus de collaborer du recourant, empêchant l'intimé de déterminer si les conditions d'assurance étaient remplies, l'octroi éventuel de prestations d'assurance ne dépend pas du point de savoir si l'évolution de l'état de santé s'est péjoré depuis le dernier refus de prestations (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831. 201]). S'agissant de l'atteinte au poignet, les avis médicaux sont concordants et suffisants. Les Drs T. _____ et N. _____ de la P. _____, ont estimé dans leur rapport du 1er mars 2012 – qui revêt une pleine valeur probante – que la situation médicale était stabilisée et qu'il n'y avait plus d'indication opératoire. L'ENMG réalisé le 10 février 2012 ne montrait par ailleurs pas d'atteinte neurologique. Les médecins de la P. _____ ont conclu à une incapacité de travail entière dans l'ancienne activité de monteur-électricien, mais à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ils ont considéré que le recourant devait éviter les activités en force et celles qui nécessiteraient un port de charges lourdes répété, ainsi que les mouvements répétitifs de prono-supination avec le poignet droit. Selon ces médecins, une phase de réadaptation professionnelle pouvait débuter le 5 mars 2012. Le Dr Z. _____ a rejoint, dans son rapport du 18 juin 2012, l'appréciation des médecins de la P. _____, à savoir que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il a observé, à l'examen médical, que la

- 22 - mobilité avait encore un peu progressé, la main avait une bonne trophicité et la force de serrage s'était améliorée. Il a en outre posé des limitations fonctionnelles similaires à celles fixées par les médecins de la P. _____, ajoutant que le recourant pouvait travailler dans une activité légère et que le port de charges ne devait pas dépasser 5 kg. L'avis du Dr S. _____ du 8 août 2012 confirmait ces constatations, fixant pour sa part l'aptitude du recourant à la réadaptation au 23 février 2012 (date de la sortie de la P. _____). Pour ce qui est relatif à l'atteinte cardiaque, aucun rapport médical au dossier n'indique qu'elle entraînerait une incapacité de travail. Le rapport du Centre hospitalier de [...] – [...], à teneur duquel le recourant avait été hospitalisé du 21 au 24 juillet 2012, a révélé qu'il n'existait pas de cardiopathie sous jacente inquiétante et que tout était rentré dans l'ordre après un simple repos. Quant au rapport du Dr F. _____ du 3 septembre 2012, il se limitait à indiquer qu'un traitement anti-arythmique était envisagé. Enfin, les rapports des Drs W. _____ et Q. _____ des 25 avril et 5 septembre 2014 n'établissent pas davantage une incapacité de travail en raison de ces problèmes cardiaques et sont de surcroît postérieurs à la décision litigieuse du 10 décembre 2013. Enfin, l'atteinte psychique alléguée par le recourant n'est étayée par aucun document médical au dossier. Compte tenu des rapports de la P. _____ et du Dr Z. _____, ainsi que du Centre hospitalier [...], notamment, l'intimé a constaté à juste titre que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, n'imposant pas le port répété de charges lourdes, de mouvements répétitifs de prono-supination du poignet ni d'activités en force. Une expertise médicale n'est pas nécessaire pour statuer sur ce point, les rapports médicaux cités étant probants. 5. Cela étant, il convient de reprendre le calcul du préjudice économique subi par le recourant, également litigieux.

- 23 - a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus

et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1 et les références citées). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2). b) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence ; cf. TF 9C_338/2013 du 14 août 2013 consid. 4.3). Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalidé), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'ESS, publiées par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée. En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS

- 24 - correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75). c) Pour établir le revenu sans invalidité du recourant, l'OAI aurait dû se fonder sur les attestations du dernier employeur, D. _____ SA, afin de l'évaluer de la manière la plus concrète possible. Le recourant peut être suivi sur ce principe. Ainsi, selon le courrier de la CNA du 20 janvier 2012, l'employeur a indiqué que le recourant aurait perçu, en 2012, un salaire horaire de 26 fr. 46 (2 fr. 57 à titre d'indemnité de vacances et 2 fr. 50 à titre de part au treizième salaire), sur la base d'un horaire de travail hebdomadaire moyen de 40 heures par semaine. Le recourant aurait dès lors perçu en 2012 (année pertinente pour le calcul du droit à la rente) un revenu annuel de 60'468 fr. 50 (28 fr. 96 x 40 x 4.35 x 12) s'il n'avait pas présenté d'atteinte à sa santé. Il n'y a pas lieu de se fonder sur le gain assuré de 79'560 fr. pris en compte par la CNA pour le calcul du droit à l'indemnité journalière. Ce montant prend en compte uniquement le salaire versé lors des deux derniers mois avant l'accident, soit du 25 août au 17 novembre 2008 (cf. note interne de la CNA du 2 février 2009), ce qui ne permet pas de déterminer le revenu comme personne valide avec suffisamment de précision. Il convient également de préciser que l'évaluation réalisée le 27 octobre 2009 par l'intimé – retenant un revenu sans invalidité de 73'585 fr. – n'est pas pertinente. L'OAI avait pris en considération, à tort, un salaire horaire de 31 fr. 50 incluant la part au treizième salaire et le droit aux vacances, qu'il avait ensuite multiplié par 4.33 semaines et par 13 mois de salaire. Le droit aux vacances et le treizième salaire étaient ainsi comptabilisés deux fois, ce qui n'est pas correct. En conséquence, il sied de retenir que le

- 25 - revenu sans atteinte à la santé du recourant se serait élevé à 60'468 fr. 50 en 2012. Quant au revenu d'invalidé, il convient de se référer aux données statistiques de l'ESS, l'assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée. Le salaire de référence serait celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2010, soit 4'901 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élèverait à 5'097 fr. 04 (4'901 fr. x 41,6 / 40), ce qui correspondrait à un salaire annuel de 61'164 fr. 48 à plein temps, soit 62'270 fr. 35 fr. indexé à 2012 (+ 1% en 2011 et + 0.8% en 2012). Compte tenu d'une pondération de 10% (cf. détail du calcul du salaire exigible de l'OAI du 27 octobre 2009), la somme de 56'043 fr. 30 constitue le revenu d'invalidé déterminant. Comparé au revenu sans invalidité de 60'468 fr. 50, le taux d'invalidité est de 7,31% et n'ouvre pas de droit à des mesures d'ordre professionnel ni à une rente d'invalidité. En effet, la jurisprudence fixe à environ 20% le seuil minimum de la diminution de la capacité de gain ouvrant droit à des mesures d'ordre professionnel (ATF 130 V 488 consid. 4.2). Au surplus, un taux d'abattement de 15% – une déduction supérieure n'entrant pas en considération compte tenu du jeune âge du recourant, de sa nationalité ainsi que de la nature de ses limitations fonctionnelles – n'ouvrirait pas davantage le droit à des prestations (il en résulterait un revenu avec invalidité de 52'929 fr. 80 qui, comparé au revenu sans invalidité de 60'468 fr. 50, conduirait à un taux d'invalidité de 12.47%). Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité au recourant.

- 26 - 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Le recourant voit ses conclusions rejetées, de sorte qu'il ne peut pas prétendre de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA) et qu'il supportera les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 10 décembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Corinne Monnard Séchaud (pour C. _____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies.

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

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