

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 novembre 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

P. _____, à Granges-près-Marnand, recourant,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1, 28, 28a et 29 al. 1
LAI**

E n f a i t :

A. a) P. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1983, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité d'employé de commerce, a travaillé pour l'Etat de Vaud du 1^{er} mars 2005 au 29 juillet 2010. Il a ensuite bénéficié des prestations de l'assurance-chômage du 2 août 2010 au 6 mars 2012, puis de l'aide du Centre social régional de Payerne.

Le 2 juin 2012, il s'est blessé au poignet gauche lors d'un match de foot, subissant une fracture de l'extrémité distale du radius gauche avec un fort déplacement du fragment distal. La fracture a été traitée par réduction et embrochage le jour même, à l'Hôpital W. _____. Une radiographie a été pratiquée le 25 septembre 2012, en raison d'une raideur persistante et d'une suspicion de subluxation du semilunaire. Dans le rapport consécutif, du 26 septembre 2012, la Dresse Z. _____, spécialiste en radiologie, a constaté une consolidation du foyer de fracture du radius distal avec un trait de fracture qui restait apparent au niveau de sa portion antérieure avec scléroses des berges. Elle relevait en effet la présence de signes d'instabilité du carpe avec une bascule de l'os semilunaire par rapport au scaphoïde avec un angle témoignant d'une instabilité de type VISI.

Dans un rapport de consultation ambulatoire de suivi du 21 mars 2013, le Dr à l'Hôpital W. _____, a relevé une évolution très défavorable. Il constatait un poignet gauche extrêmement raide dans les 3 plans avec importante hypomyotrophie de l'avant-bras non-dominant.

b) L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 12 avril 2013, au motif que, depuis l'accident, il était dans l'incapacité de bouger le bras gauche. Il a produit des certificats médicaux de l'Hôpital W. _____ dont l'un, du 12 septembre 2012, attestait une incapacité de travail totale depuis l'accident, d'une durée probable de

« encore 4 à 8 sem[aines] selon évolution ». L'assuré a également produit un certificat médical du Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, attestant également une incapacité de travail totale. Il précisait que l'activité pourrait être reprise à 100 % dès le 1^{er} mai 2013.

Dans un rapport médical du 7 juin 2013, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, a retenu, après consultation de l'assuré du 5 juin 2013, le diagnostic d'instabilité carpienne type VISI par lésion du ligament luno-triquétral associé à une fracture du radius distal. A l'examen, le patient présentait un poignet presque raide en raison des douleurs chroniques et à cause de la déambulation continue depuis presque une année avec une atèle palmaire en plastique. Les radiographies, les arthro-IRM et le scanner du poignet gauche montraient une déchirure partielle du ligament scapho-lunaire et du ligament luno-triquétral, et aussi une déchirure des insertions des ligaments extrinsèques sur la face dorsale du triquétrum. La fracture du poignet était bien consolidée ; il restait une fissure palmaire toujours visible, mais deux tiers de l'épiphyse distale du radius étaient bien consolidés. L'instabilité carpienne n'était pas réductible, presque une année après l'accident, avec une mobilité massivement réduite du poignet. Une reconstruction ligamentaire était pour l'heure impossible et contre-indiquée. Une arthrodèse partielle du poignet avec arthrodèse radio-scapho-semi-lunaire avec correction de la malposition de la première rangée du carpe avec résection du tiers distal du scaphoïde était prévue le 11 juin 2013. L'opération, qui avait déjà été proposée par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et en chirurgie de la main, en novembre 2012, n'a finalement pas eu lieu.

Interrogé par l'OAI, le Dr H._____, qui suivait l'assuré depuis le 26 mars 2013, a rendu un rapport le 10 juin 2013, retenant, sous la rubrique des diagnostics, des douleurs persistantes du poignet gauche avec ankylose post-traumatique et un état anxio-dépressif réactionnel. L'incapacité de travail était selon lui de 100 % depuis le 2 juin 2012, pour une durée indéterminée, en raison de restriction physiques et

actuellement psychiques. Une nouvelle opération allait être pratiquée. Tous travaux pouvaient être effectués, sauf soulever/porter des charges, monter sur une échelle ou un échafaudage. La capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance était limitée par la réaction anxio-dépressive avec revendication.

Consulté pour avis médical, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a rendu un rapport le 2 octobre 2013, retenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit sans travaux de force avec la main gauche, ni mouvements répétitifs du poignet gauche, depuis septembre 2012, période où la fracture était alors consolidée. Il retenait également une capacité de travail dans la profession habituelle d'employé de commerce de 100 % en principe, avec éventuellement une baisse de rendement, à évaluer. L'atteinte anxio-dépressive, pour laquelle aucun traitement spécifique n'avait d'ailleurs été prescrit, n'entraînait pas d'incapacité de travail.

Dans un rapport interne du 16 octobre 2013, les services professionnels de l'assurance-invalidité ont déclaré ne pas retenir d'incapacité de travail dans l'activité d'employé de commerce, celle-ci étant adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Aucune mesure n'était mise en place et le dossier était fermé dans le cadre de la réadaptation.

c) L'OAI a rendu un projet de décision le 18 octobre 2013. Il a constaté que la capacité de travail de l'assuré s'était considérablement restreinte ensuite de l'accident, puis progressivement améliorée, pour être pleine dans une activité adaptée, telle que l'activité habituelle, à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 2 juin 2013. Il n'y avait ainsi pas de préjudice économique. Le droit aux prestations de l'assurance-invalidité n'était dès lors pas ouvert.

L'assuré a contesté le projet précité le 18 novembre 2013. Il s'est référé à une consultation du 21 août 2013 chez le Dr E._____,

spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel observait, dans un courriel du même jour adressé au mandataire de l'assuré, une perte de mobilité/raideur du poignet gauche, due à une malposition des os du carpe. Il décrivait en substance une lésion plus complexe que la lésion observée par les médecins dans les suites de l'accident, celui-ci n'étant pas survenu en raison d'une chute, mais du choc du ballon tiré par un joueur sur la main de l'assuré, et se posait la question d'une erreur médicale. L'assuré s'est ensuite référé à une consultation chez le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, le 8 octobre 2013. Dans son rapport, du 9 octobre 2013, le Dr C._____ rappelait que la flexion violente du poignet gauche de l'assuré avait entraîné une fracture épiphysaire luxée, déplacée, intra-articulaire de l'épiphyse du radius, avec certainement des lésions capsulo-ligamentaires palmaires et dorsales extrinsèques importantes, ce qui était une lésion plutôt inhabituelle. La fracture avait été réduite et embrochée avec des axes initialement tout à fait corrects. Cependant, un cliché de contrôle du 4 juillet 2012 montrait une déstabilisation nette de la rangée proximale du carpe, qui avait encore bien augmenté jusqu'au 24 septembre 2013, où il était noté une bascule palmaire de toute la rangée proximale du carpe de 45°, ainsi qu'un possible tassement de la partie dorsale du radius et un dérapage ulnaire sur la pente du radius. Le Dr C._____ retenait les diagnostics d'instabilité majeure de la rangée proximale du carpe irréductible post-traumatique à gauche (statique - médio-carpienne), de status après embrochage fracture épiphysaire radius distal gauche et d'ankylose résiduelle symptomatique du poignet gauche. Il remarquait qu'après plus d'année, ce genre d'instabilité était irréductible et nécessitait une stabilisation chirurgicale, pour éviter une péjoration de la situation à moyen terme. A défaut d'une intervention chirurgicale, le poignet risquait fortement de se dégrader vers une panarthrose après 5 à 20 ans, selon sa sollicitation.

Au vu de ces éléments, l'assuré estimait que de nouveaux examens étaient indispensables.

Dans un rapport du 21 janvier 2014, les Drs T._____ et J._____, du SMR, ont pris note des constatations du Dr C._____ et retenu que l'assuré n'amenait pas d'élément contredisant les conclusions de l'avis SMR précédent, qui estimait que la capacité de travail de l'assuré était entière dans son activité habituelle, avec éventuellement une baisse de rendement à évaluer, évaluation qui n'avait pas été faite. Il s'agissait d'adresser un rapport au Dr C._____ pour qu'il fixe la capacité de travail dans l'activité d'employé de commerce et dans une activité adaptée ménageant le poignet gauche.

Ainsi interrogé par l'OAI, le Dr C._____ a rendu un rapport le 11 février 2014, précisant que la capacité de travail devait être estimée à 50 % dans l'activité d'employé de commerce et à 70 % dans une activité adaptée. Il a précisé n'avoir toutefois vu l'assuré qu'une fois en octobre 2013. Malgré que l'arthrodèse proposée risquait de limiter quelque peu la mobilité du poignet, la capacité de travail comme employé de commerce, sans lever de poids au-delà de 10 kg à répétition, pourrait être un peu plus élevée.

Il ressort d'un rapport médical du 24 juillet 2014 du Dr X._____ qu'une arthrodèse radioscapulohumérale du poignet gauche avait été effectuée le 12 décembre 2013. Elle avait entraîné une incapacité de travail totale comme employé de commerce du 12 décembre 2013 au 12 avril 2014. L'arthrodèse partielle était désormais complètement consolidée, sans douleurs résiduelles. La mobilité du poignet était limitée à 50 %. L'activité exercée à ce jour était exigible à 100 %. L'assuré pouvait exercer toute activité n'impliquant pas de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, de soulever/porter dès 10 kg et de monter sur une échelle ou un échafaudage.

Dans un rapport du 20 août 2014, les Drs L._____, spécialiste en chirurgie, et T._____, du SMR, ont reconnu l'existence d'une incapacité de travail entière temporaire du 12 décembre 2013 au 12 avril 2014.

d) Le 22 août 2014, l'OAI a rendu une décision dans le sens d'un refus de prestations, l'incapacité de travail reconnue ayant duré moins d'une année.

B. **a)** P._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 29 septembre 2014, par l'intermédiaire de son mandataire, concluant principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que les prestations de l'assurance-invalidité, notamment le droit à un reclassement professionnel, ainsi que l'octroi d'une rente entière, intérêt à 5 % en sus, lui sont immédiatement reconnus, rétroactivement à partir du 2 juin 2012, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. A l'appui de son recours, l'assuré a produit notamment deux certificats médicaux du Dr X._____, l'un du 9 avril 2014, attestant une incapacité entière de travail du 12 décembre 2013 au 12 avril 2014, l'autre du 12 septembre 2014, attestant une incapacité de travail totale du 2 juin 2012 au 12 décembre 2013 (date de la nouvelle opération). Le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par réponse du 11 novembre 2014, l'intimé a préavisé pour le rejet du recours et le maintien de la décision querellée, se prévalant du fait qu'au vu de sa formation, le recourant n'était pas cantonné à des activités manuelles et que certains aménagements existaient lui permettant de ménager sa main dans l'exercice de telles tâches.

Par réplique du 27 mars 2015, le recourant s'est notamment référé à un rapport du SMR de novembre 2014 ne figurant pas au dossier.

b) Le rapport précité, rédigé le 5 novembre 2014 par les Drs V._____ et J._____, a été produit par l'intimé sur demande du juge instructeur le 29 février 2016. Il en ressort que les médecins du SMR proposaient de se rallier à l'appréciation du Dr C._____ et de constater une incapacité de travail totale du 2 juin au 30 septembre 2012, puis une capacité de travail de 50 % dans l'activité d'employé de commerce et de

70 % dans une activité adaptée, puis une incapacité de travail totale dans toute activité du 12 décembre 2013 au 12 avril 2014, et une pleine capacité de travail comme employé de commerce au-delà. L'intimé s'est déterminé sur cette nouvelle pièce, de même que sur la dernière écriture du recourant, considérant que les rapports médicaux mettaient en évidence la récupération d'une capacité de travail dès octobre 2012, puis dès mi-avril 2014. L'intimé a ensuite renvoyé à son écriture précédente et maintenu sa position.

Le recourant a produit, le 13 septembre 2016, deux certificats médicaux du Dr X._____, toutefois déjà au dossier de la cause (certificats des 9 avril et 12 septembre 2014). Il a également mentionné qu'une expertise concernant l'atteinte à son poignet, ainsi qu'une expertise psychiatrique seraient souhaitables, dès lors qu'il était encore touché tant physiquement que psychiquement.

Les arguments des parties seront pour le surplus repris dans la mesure utile dans la partie en droit ci-après.

c) Par décision du 13 octobre 2014, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 septembre 2014, dans le sens d'une exonération d'avance et de frais judiciaires, de même que de toute franchise mensuelle, ainsi que de l'assistance d'office de Me Jeton Kryeziu. Le mandat d'office ayant été repris par Me Muriel Vautier, une indemnité a été allouée à Me Kryeziu, conformément à sa liste des opérations, par décision du 7 janvier 2015. L'indemnité de conseil d'office de Me Vautier, qui a été relevée de sa mission le 29 janvier 2016, a été fixée par décision du 5 février 2016.

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, sous réserve des dérogations

expresses prévues par la LAI (cf. art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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 (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b L PGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente et à des mesures d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine

d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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 ; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à un trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (cf. art. 28 LAI).

b) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (cf. art. 28a al. 3 LAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1 ; 130 V 393 et 125 V 146 ; TF 9C_514/2014 du 23 décembre 2014 consid. 4).

aa) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives ; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire (comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a et les références). Tant pour le revenu que l'assuré pourrait réaliser sans atteinte à la santé (revenu hypothétique sans invalidité), que pour le revenu qu'il pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre, d'autre part (revenu d'invalidé), la jurisprudence admet, comme il sera décrit plus précisément ci-après, de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique.

bb) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_260/2013 du 9 août 2013).

Dans le cadre de l'utilisation de l'ESS, en l'absence de formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient de se

référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité correspondant au niveau de compétence 1 (tâches physiques ou manuelles simples), dans l'économie privée, tous secteurs confondus (Tableau TA1; ATF 142 V 178 consid. 2.5.7 ; voir également RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 h 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'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

cc) Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 224 consid. 4.3.1). On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les références) ; il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. ATF 135 V 58 consid. 3.4.6 ; RCC 1992 p. 96 consid. 4a ; TFA I 137/04 du 13 janvier 2005 consid. 5.1.1 ; I 419/02 du 6 mars 2003 consid. 5.1 ; I 774/01 du 4 septembre 2002 consid. 3 ; I 696/01 du 4 avril 2002 consid. 4). Dans ce sens, lorsque le revenu réalisé avant l'atteinte à la santé s'écarte notablement (plus de 5 %) du salaire que l'on pourrait déduire des données de l'ESS et que l'on peut présumer que cet écart résulte de diverses circonstances liées à la personne de l'assuré et qui limitent ses perspectives salariales, il convient de prendre en considération ces circonstances de la même manière pour établir le revenu hypothétique

sans invalidité et le revenu d'invalidé (parallélisme des deux termes de la comparaison de revenu ; cf. Ulrich MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2^e éd. 2010, ad art. 28a p. 321). En pratique, on peut établir le revenu hypothétique sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité, pour le porter jusqu'à un montant correspondant à celui résultant de l'ESS, mais réduit de 5 %, et renoncer à procéder à une déduction particulière en raison des mêmes facteurs lors du calcul du revenu d'invalidé au moyen de l'ESS. Dans ce dernier calcul, seule entre encore en considération une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent davantage ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (cf. ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

c) Pour établir la capacité résiduelle de travail d'un assuré, l'administration - en cas de recours le Tribunal - se fonde notamment sur des rapports médicaux. La tâche du médecin consiste dans ce contexte à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est encore capable de travailler, ainsi que le type d'activité qu'elle ne peut plus réaliser (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Le tribunal apprécie librement la valeur probante de ces documents, sans être lié par des règles formelles, pour constater les faits (art. 61 let. c LPGA). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences

médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

4. En l'espèce, l'intimé a constaté une pleine capacité de travail du recourant dans son activité d'employé de commerce pour la période du 1^{er} octobre 2012 au 12 décembre 2013, en se fondant sur un avis sur dossier du Dr T._____, du 2 octobre 2013, ainsi que sur l'appréciation de son service de réadaptation professionnelle du 16 octobre 2013. Il a refusé de revoir ce constat en dépit des avis médicaux postérieurs, qui ont mis en évidence une atteinte plus importante que celle constatée sur les documents dont disposait le Dr T._____. Dans son rapport du 9 octobre 2013 en particulier, le Dr C._____ faisait état d'une déstabilisation nette de la rangée proximale du carpe, qui avait encore augmenté entre juillet 2012 et septembre 2013, et retenait le diagnostic d'instabilité majeure de la rangée proximale du carpe irréductible, post-traumatique, à gauche. Le Dr X._____ constatait, certes, déjà une instabilité carpienne non réductible dans son rapport du 7 juin 2013, dont disposait le Dr T._____. Ce dernier a néanmoins estimé nécessaire, au vu des constatations du Dr C._____, de lui demander son avis relatif à la capacité résiduelle de travail du recourant comme employé de commerce et dans une activité adaptée ménageant le poignet gauche (rapport SMR du 21 janvier 2014). Le Dr C._____ s'est déterminé en retenant, le 11 février 2014, une incapacité de travail de 50 % dans l'activité d'employé de commerce et de 70 % dans une activité adaptée permettant de ménager le poignet. Cette évaluation découlait d'une consultation d'octobre 2013. Il précisait que la capacité de travail pourrait être quelque peu améliorée par arthrolyse. Le SMR, sous la plume des Drs V._____ et J._____, s'est rallié à ce point de vue dans sa détermination du 5 novembre 2014, une pleine capacité de travail ne pouvant être retenue selon lui que depuis le 13 avril 2014, soit après la dernière opération chirurgicale, et conformément à l'appréciation du Dr X._____, qui avait traité l'assuré du 5 juin 2013 au 9 avril 2014. On observera que l'avis SMR du 20 août 2014 ne permet pas de tirer d'autres conclusions, puisqu'il se réfère en particulier au précédent avis SMR du 21 janvier 2014, qui suggérait précisément de se référer à l'avis du Dr C._____. On voit mal, dans ces

conditions, comment l'intimé peut maintenir le constat d'une pleine capacité de travail comme employé de commerce, au motif que cette activité serait adaptée selon son service de réadaptation. En effet, une incapacité de travail de 30 % subsisterait alors. Les constatations du Dr C. _____ vont du reste dans le sens de l'atteinte complexe que décrit le Dr E. _____, et n'entrent pas en contradiction avec celles du Dr X. _____, qui ne retient une pleine capacité de travail qu'ensuite de l'arthrodèse pratiquée en décembre 2013.

Par ailleurs, au vu du développement de l'informatique, l'avis du service de réadaptation de l'intimé n'est guère convainquant lorsqu'il expose que le travail d'employé de commerce n'impose aucun mouvement répétitif du poignet et que le recourant peut trouver un travail « qui tienne compte de petites gênes dues à son ancienne fracture du poignet », éventuellement à l'aide d'un repose poignet, sans diminution de rendement. Ce point n'a, en tous les cas, pas convaincu les médecins du SMR, qui se sont ralliés à l'appréciation du Dr C. _____.

Vu ce qui précède, il convient de constater, sur la base des rapports médicaux au dossier, en particulier sur la base du rapport du 5 novembre 2014 du SMR, que les atteintes au poignet gauche du recourant ont entraîné une incapacité de travail totale du 2 juin au 30 septembre 2012, puis de 30 % dans une activité adaptée permettant d'éviter toute sollicitation répétitive du poignet gauche ainsi que les travaux de force avec la main gauche. Le recourant a ensuite présenté une incapacité de travail totale du 12 décembre 2013 au 12 avril 2014, avant de recouvrer une pleine capacité de travail, y compris dans l'activité habituelle (rapport du Dr X. _____ du 24 juillet 2014 et avis SMR du 5 novembre 2014).

Finalement, il convient de constater qu'une incapacité de travail en raison d'atteintes à la santé psychique n'est attestée par aucun médecin. Au vu des avis médicaux concordants figurant au dossier, un complément d'instruction n'est pas nécessaire.

5. Le recourant a déposé sa demande de prestations en avril 2013, de sorte que le droit à une rente d'invalidité n'a pu prendre naissance, au plus tôt, que le 1^{er} octobre 2013 (art. 29 al. 1 LAI). A cette date, il disposait d'une capacité résiduelle de travail de 70 % dans une activité adaptée. Le revenu qu'il pouvait réaliser dans une telle activité peut être fixé à l'aide de l'ESS 2012, plus particulièrement du tableau TA1, niveau de compétence 1. Il en ressort un salaire mensuel pour les hommes de 5'210 fr. par mois, soit un salaire annuel de 62'520 fr. pour une personne active à plein temps. Adapté à la durée normale d'une semaine de travail en 2013, soit 41.7 h, et compte tenu de l'évolution des salaires nominaux en 2013 (0.8 % pour les hommes), il en résulte que le recourant pouvait réaliser un salaire annuel de 45'989 fr. pour un taux d'activité de 70 %. Une déduction supplémentaire, liée aux circonstances propres à la personne de l'assuré et aux limitations fonctionnelles constatées, n'est pas nécessaire, l'activité retenue pour calculer le revenu d'invalidité tenant déjà suffisamment compte des limitations fonctionnelles du recourant.

Par comparaison, le recourant a réalisé dans son dernier emploi un revenu annuel de 58'014 fr. en 2009 et de 37'618 fr. en 2010 (sur sept mois d'activité, soit 64'488 fr. pour douze mois). En adaptant ce dernier revenu à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2013, on obtient un revenu annuel sans invalidité de 66'179 fr. 20. Après comparaison avec le revenu d'invalidité de 45'989 fr. fixé ci-avant, la perte de gain du recourant s'élevait à 20'190 fr. 20, ce qui entraîne, pour la période du 1^{er} octobre 2012 au 11 décembre 2013, un degré d'invalidité de 30 %, n'ouvrant pas droit à une rente.

Il n'en irait pas différemment si l'on considérait que le dernier revenu annuel réalisé n'est pas pertinent pour fixer le revenu sans invalidité, le recourant ayant perdu son dernier emploi près de deux ans avant la survenance de l'atteinte à la santé, et que l'on fixait ce revenu sans invalidité en se référant à l'ESS 2012. Il conviendrait alors de prendre en considération le salaire médian pour une activité de niveau 2 s'agissant de tâches administratives, soit 5'633 fr. par mois ou 67'596 fr. par an. Après adaptation à l'évolution des salaires nominaux entre 2012 et 2013

ainsi qu'à une durée du travail hebdomadaire de 41.7 h en moyenne, on obtiendrait un revenu annuel de 71'032 fr. 60. Après comparaison avec un revenu d'invalidé de 45'989 fr., le taux d'invalidité devrait être fixé à 35 % et n'ouvrirait pas davantage droit à une rente.

Dès le 12 décembre 2013, le recourant a présenté une incapacité de travail et de gain totale, mais d'une durée limitée à quelques mois, insuffisante pour ouvrir droit à une rente compte tenu de la capacité de travail de 70 % dont il disposait, précédemment, dans une activité adaptée.

6. Le recours porte également sur l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Toutefois, au vu de la pleine capacité de travail qui lui est désormais reconnue dans son métier habituel, les conclusions du recourant sur ce point sont mal fondées.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 22 août 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC, applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice mis à la charge de l'Etat.
- V. 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 :

- P. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :