

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 septembre 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Neu et Mme Brélaz
Greffière : Mme Donoso Moreta

* * * * *

Cause pendante entre :

G. _____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Philippe Graf,
avocat à Intégration Handicap

et

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

Art. 8 al. 1 et 16 LPGA ; 28 LAI

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1968, ressortissant portugais au bénéfice d'un permis d'établissement, sans formation, a été engagé le 28 juin 2005 comme machiniste à plein temps par L. _____ SA, pour un salaire annuel de 63'830 fr. en 2006. Le 6 février 2006, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail, lors duquel son bras droit a été pris dans le tambour d'un tapis roulant. Il a souffert d'une fracture de la malléole externe droite type Weber B, traitée par réduction et ostéosynthèse le 13 février 2006, et d'une atteinte partielle du plexus brachial droit (C8 à D1), traitée conservativement.

Le 30 octobre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en raison des atteintes à sa santé causées par l'accident du 6 février 2006.

Du 9 octobre au 1^{er} novembre 2006, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) en vue d'une réadaptation neurologique, à la demande de l'assureur accidents, la CNA. Il a ainsi bénéficié de séances de physiothérapie et d'ergothérapie. Dans leur rapport du 4 décembre 2006, les Drs L. _____, spécialiste FMH en neurologie, et B. _____, médecin assistant à la CRR, ont estimé qu'un dommage permanent du membre supérieur droit de l'assuré était à craindre. Les douleurs étaient toujours présentes mais l'évolution était régulière et encourageante sur le plan moteur.

Dans un rapport médical du 30 novembre 2006, la Dresse Z. _____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ainsi qu'en chirurgie de la main, a posé les diagnostics suivants :

- plexopathie brachiale droite avec avulsion radiculaire C8-D1, existant depuis le 6 février 2006 ;

- fracture type Weber B de la cheville droite, ostéosynthésée le 13 octobre 2006.

La Dresse Z._____ indiquait que l'état de son patient était stationnaire. Elle lui reconnaissait une totale incapacité de travail dans son ancienne activité, une réinsertion étant possible dans un métier ne nécessitant pas un usage avec force de la main droite.

Le 27 février 2007, l'assuré a subi une opération du membre supérieur droit, au cours de laquelle il a été effectué un transfert du 1^{er} radial sur les fléchisseurs profonds des doigts et un transfert d'opposition du pouce. A la suite de cette opération, l'assuré a effectué un deuxième séjour à la CRR, du 6 juin au 10 juillet 2007, en vue d'une rééducation intensive par ergothérapie et physiothérapie dans le but d'améliorer le couplage extension du poignet et flexion des doigts par le fléchisseur profond et l'opposition du pouce. Il résulte du rapport établi à la suite de ce séjour, le 19 juillet 2007, que l'état de l'assuré n'était pas encore stabilisé, que son ancienne activité ne pouvait pas être continuée et que la reprise professionnelle pourrait s'avérer difficile.

L'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la cheville droite de l'assuré a été effectuée le 13 septembre 2007. Du 15 octobre au 23 novembre 2007, l'assuré a de nouveau séjourné à la CRR, en vue d'une réadaptation neurologique et d'une réadaptation professionnelle sous forme de stages en ateliers. Dans le rapport établi le 26 novembre 2007 par la CRR, il est indiqué que l'assuré, qualifié par ailleurs de collaborant, volontaire et souhaitant vivement retrouver une situation professionnelle, présentait une totale incapacité de travail pour une durée prolongée dans son activité antérieure de machiniste et une incapacité de travail de 40% dans une activité adaptée.

Dans un avis médical du 15 février 2008, le Dr K._____, du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), se basant sur le rapport de la CRR du 26 novembre 2007, a retenu une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'assuré et une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles

suivantes : pas de port de charges lourdes, pas d'activités nécessitant des mouvements répétitifs du membre supérieur droit, pas de mouvements fins des doigts et de la main droite.

Dans un courrier du 12 juin 2008 adressé à la CNA, la Dresse Z. _____ a indiqué que l'évolution de l'assuré était stationnaire, et que le problème majeur restait celui des douleurs. Elle indiquait que, dans une activité adaptée, son patient pourrait avoir une capacité de travail entre 40 et 60% suivant l'activité.

Du 17 novembre 2008 au 27 février 2009, l'assuré a effectué un stage d'observation et d'évaluation au Centre de formation Orif de [...], suivi d'un stage en entreprise. L'assuré s'étant alors plaint d'une hernie discale, un rapport médical a été demandé au Dr T. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie, qui a indiqué le 17 février 2009 que l'assuré souffrait effectivement de cervico-brachialgies gauches, dues à un syndrome radiculaire irritatif C6, raisonnablement imputable à une hernie discale C5-C6. Les symptômes étaient anciens, puisque le Dr T. _____ avait examiné l'assuré en octobre 2002 pour des cervico-scapulalgies gauches et des lombo-pygalgies gauches notamment. La hernie discale n'impliquait toutefois pas de limitations fonctionnelles supplémentaires, bien que cette affection pût contribuer à diminuer son rendement. Aucune opération n'était par ailleurs prévue.

Dans son rapport établi à l'intention de l'OAI le 11 mars 2009, le Centre Orif a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50% dans l'industrie légère et le conditionnement de petites pièces, quoiqu'il était nécessaire de vérifier si sa hernie discale lui permettait de supporter cette activité sur le long terme.

Le 14 mai 2009, le Dr K. _____ du SMR a émis l'avis médical suivant :

« L'avis médical émis le 15.02.06 [recte : 15.02.08] se basait sur le diagnostic : "Status post étirement / compression du plexus brachial

à droite et status post fracture de la cheville droite opéré" suite à un accident de travail en 2006.

A cette époque, il avait été défini que son activité habituelle n'était pas adaptée et que sa CT pour cette activité était nulle, par contre l'assuré avait une pleine CT mais avec un rendement diminué de 40% dans une activité adaptée, c'est-à-dire répondant aux LF suivantes :

- pas de port de charges lourdes
- pas d'activité nécessitant des mouvements répétitifs du membre supérieur droit
- pas de mouvements fins des doigts et de la main droite.

Un stage à l'Orif de [...] est mis en place suivi par un stage en entreprise et ces éléments semblent confirmer que notre assuré sur un 100% effectue un travail qui correspond s'il est bien adapté à un rendement diminué de 40%. En parallèle il y a émergence de douleurs du côté gauche et un bilan approfondi a été réalisé sous l'égide du Dr T._____, rhumatologue qui suit notre assuré dans sa réadaptation et sa physiothérapie. Les images radiologiques, l'IRM (décembre 2008) et l'électromyographie confirment une importante protrusion discale médiane et latérale gauche au niveau C5-C6 entraînant une empreinte sur le sac dural et une compression sur l'émergence de la racine C6. Ceci est confirmé par le bilan électromyographique évocateur d'une atteinte radiculaire C6 gauche très partielle, d'aspect ancien et sans aucun indice de menace fonctionnelle. Le Dr T._____ nous confirme qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles à ajouter à la liste déjà existante pour cet assuré, mais que cette situation dans ce cas peut être source de baisse de rendement. Il précise que cette atteinte est une atteinte ancienne, préexistante à l'accident de 2006.

Le Dr T._____ nous fait part également que lors d'une consultation en 2002, l'assuré s'était plaint de lombopyalgies. Il ne mentionne pas de plaintes de ce genre actuellement et il ne semble pas avoir de traitement.

L'assuré a d'une part démontré que l'exigibilité que nous avons prescrite est tout à fait réaliste. Il a certes besoin de soins du type physiothérapie, mais ces séances ne peuvent être comptées dans la baisse de rendement et ne seront pas de durée illimitée.

Néanmoins, j'ajoute à la liste des LF pas de travail sur des machines vibrantes, pas de travail sur échelle ou en hauteur et possibilité d'alterner les positions au décours des périodes de travail. »

Dans un rapport médical du 18 août 2009, le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr Q._____, considérant que le cas de l'assuré était désormais stabilisé sur le plan médical, a retenu une capacité de travail de l'ordre de 50% dans une activité légère, de type industriel, privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel et ne nécessitant pas de dextérité particulière.

Le 8 octobre 2009, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet d'acceptation de rente. Il y est retenu que l'assuré a connu une période de totale incapacité de travail dans toute activité du 6 février 2006 au 25 novembre 2007. Dès cette date, sa capacité de travail exigible est restée nulle dans son ancienne activité, tout en devenant entière, avec toutefois une diminution de rendement de 40%, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges lourdes, pas d'activité nécessitant des mouvements répétitifs du membre supérieur droit, pas de mouvements fins des doigts et de la main droite, pas de travail sur des machines vibrantes, pas de travail sur échelle ou en hauteur et possibilité d'alterner les positions au décours des périodes de travail). Pour estimer le revenu d'invalidé de l'assuré, l'OAI s'est référé aux données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS). L'OAI s'est ainsi basé sur le salaire auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, 4'732 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1 ; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant a été porté à 4'933 fr. 11, soit un salaire annuel de 59'197 fr. 32. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+ 1,6% ; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), l'OAI obtenait un revenu annuel de 60'144 fr. 48. Au vu de la diminution de rendement de 40%, ce salaire hypothétique était de 36'086 fr. 69 par année. Un abattement de 5% était également admis sur ce revenu, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré. Au final, le revenu d'invalidé se montait à 34'282 fr. 35, le revenu sans invalidité étant de 64'844 fr. (selon les données obtenues de son employeur), ce qui portait le degré d'invalidité à 47,1%. Du 1^{er} février 2007 au 28 février 2008, l'assuré avait par conséquent droit à une rente entière d'invalidité, puis à un quart de rente, dès le 1^{er} mars 2008, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé.

Le 13 novembre 2009, l'assuré a contesté ce projet de décision. Il a soutenu que le taux d'abattement de 5% effectué sur son revenu d'invalidé était trop bas, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, de sa formation de base élémentaire, de sa scolarité lacunaire et de son absence de maîtrise du français écrit. Il a également estimé que les conséquences de sa hernie discale n'avaient pas été suffisamment prises en considération.

Le 17 décembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision, au motif que la baisse de rendement de 40% reconnue à l'assuré tenait dûment compte de sa hernie discale, et que le calcul de son revenu d'invalidé prenait en considération sa baisse de rendement imputable à ses nombreuses limitations fonctionnelles. Quant au taux d'abattement de 5% retenu sur son revenu d'invalidé, il n'était lié qu'à son taux d'occupation partiel, au vu de la jurisprudence selon laquelle l'âge, le manque de qualifications et le défaut de connaissances linguistiques d'un assuré ne constituent pas des facteurs dont il doit être tenu compte pour la fixation du taux d'invalidité.

Le 25 janvier 2010, une décision formelle a été adressée à l'assuré. Sa motivation, identique à celle contenue dans le projet de décision du 8 octobre 2009, indique que, du 1^{er} février 2007 au 28 février 2008, l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité. Dès le 1^{er} mars 2008, l'assuré n'a plus droit qu'à un quart de rente d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 47,1%.

B. Par acte du 22 février 2010, G._____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Philippe Graf, avocat à Intégration handicap, a recouru contre la décision de l'OAI du 25 janvier 2010 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant avec suite de frais et dépens à la réforme de la décision entreprise, dans le sens que le recourant a droit à trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2008. Le recourant affirme en effet que sa capacité de travail n'est que de 50%,

comme l'a déterminé l'Orif et comme l'a confirmé le Dr Q._____ pour la CNA. Il conteste également le taux d'abattement sur le revenu d'invalidité retenu par l'OAI, qui doit selon lui être porté à 20%, ce qui conduirait à fixer son degré d'invalidité à 60%.

Le 12 mars 2010, le recourant s'est acquitté d'une avance de frais de 400 francs.

Dans sa réponse du 9 avril 2010, l'OAI affirme n'être lié ni par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-accident ni par celle de la capacité de travail réalisée par le biais d'un stage d'observation professionnelle, qui ne peut fournir à l'assurance invalidité que des données toutes relatives. L'OAI propose dès lors le rejet du recours, tout en renvoyant à l'avis médical du SMR du 14 mai 2009.

Dans sa réplique du 4 mai 2010, le recourant a maintenu ses conclusions, soulignant notamment que le taux d'incapacité de travail de 40% retenu par l'OAI ne se base que sur le rapport du Dr K._____, alors qu'un taux de 50% ressort des rapports des Drs Z._____, T._____ et Q._____, ainsi que du rapport de l'Orif.

Le 25 mai 2010, l'OAI a confirmé sa position.

C. Le dossier de la CNA a été produit. Y figurent notamment les pièces suivantes :

- une lettre du 2 septembre 2009 de l'employeur du recourant, selon laquelle le salaire de base de celui-ci en 2009 s'élevait à 5'250 fr., treize fois l'an ;
- cinq descriptions de postes (DPT), à savoir celles de collaborateur de production (DPT n° 8976) pour un salaire minimum de 40'300 fr., maximum de 49'400 fr. et moyen de 44'850 fr., de contrôleur de la qualité (DPT n° 8926) pour un salaire minimum de 44'850 fr.,

maximum de 46'800 fr. et moyen de 45'825 fr., de chauffeur de taxi (DPT n° 10500) pour un salaire minimum de 48'000 fr., maximum de 50'000 fr. et moyen de 49'000 fr., d'aide au transport (DPT n° 3554) pour un salaire minimum de 48'659 fr., maximum de 54'600 fr. et moyen de 51'629 fr. 50, et d'employé de cave (DPT n° 8217) pour un salaire minimum de 49'140 fr., maximum de 56'160 fr. et moyen de 52'650 francs ;

- une décision entrée en force, rendue le 26 janvier 2010 par la CNA, laquelle a considéré qu'il ressortait de ses investigations, notamment sur le plan médical, qu'en dépit des seules séquelles de l'accident au bras droit, le recourant était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, une telle activité étant envisageable avec une baisse de rendement de 40% comme pris en compte par l'AI. Prenant en compte un salaire sans invalidité en 2009 de 5'600 fr. par mois et un revenu d'invalidé de 2'400 fr. par mois fondé sur les DPT mentionnées ci-dessus, elle retient dès lors un taux d'invalidité de 57%.

Le 10 août 2010, le recourant, se déclarant en accord avec cette décision, a modifié ses conclusions. Il fait valoir désormais uniquement le fait que l'OAI doit se fonder sur les DPT retenues par la CNA et non sur les statistiques de l'ESS, moins précises, afin de déterminer son revenu d'invalidé, et conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2008, basée sur degré d'invalidité de 57%, tel que retenu par la CNA.

E n d r o i t :

- 1.** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des

assurances sociales ; RS 830.1]). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

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

2. 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 des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c ; ATF 110 V 48, consid. 4a).

3. 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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). 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 al. 2 LAI).

4. Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. notamment TF 9C_718/2009 du 4 février 2010, consid. 1.2 ; 8C_104/2009 du 14 décembre 2009, consid. 2 ; 8C_180/2009 du 8 décembre 2009, consid. 3).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343, consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux

prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a RAI).

5. En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que l'incapacité de travail du recourant était totale dès février 2006, donnant droit au recourant à une rente entière dès le 1^{er} février 2007. Il n'est plus contesté dans la présente procédure par le recourant que dès novembre 2007 sa capacité de travail dans une activité adaptée est de 60%, taux retenu tant par la CNA que par l'OAI, ceci à juste titre. En effet, cette capacité de travail est fondée sur le dernier rapport du 26 novembre 2007 des médecins de la CRR et est confirmée par l'avis médical du Dr K. _____ du 15 février 2008, dont il n'y a pas de motifs de s'écarter.

6. Il reste donc à examiner quel est le taux d'invalidité du recourant, celui-ci soutenant que son revenu avec invalidité doit être calculé sur la base des DPT retenues par la CNA et non sur la base de l'ESS comme l'a retenu l'OAI.

a) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les

libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière, un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Par exemple, le Tribunal fédéral a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288, consid. 2d ; 119 V 468, consid. 4a ; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s, consid. 3 ; 2001 n° U 410 p. 73, consid. 3 ; TFA U 222/03 du 19 juillet 2004, consid. 5.2 ; U 288/03 du 24 mars 2004, consid. 5.1 ; I 564/02 du 13 janvier 2004, consid. 3).

b) aa) S'agissant du calcul du taux d'invalidité, l'art. 16 LPGA prévoit que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide doit être 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.

bb) En ce qui concerne l'évaluation du revenu d'invalide du recourant, les deux assurances se sont basées sur des données différentes ; l'assurance-accidents s'est en effet fondée sur les résultats d'une étude de données salariales tirées de plusieurs DPT établies par elle, alors que l'assurance-invalidité s'est référée aux données statistiques de l'ESS. Or la jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalide, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472, consid. 4.2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2^{ème} édition, p. 901). Les données salariales qui résultent des DPT ne peuvent toutefois servir au calcul du revenu d'invalide que pour autant que certaines conditions soient remplies. Ainsi, l'assureur doit produire cinq DPT et préciser le nombre total de places de travail documentées entrant en considération pour le handicap donné, les salaires maximum et minimum de celles-ci et le salaire moyen du groupe correspondant (ATF 129 V 480, consid. 4.2.2).

Dans le cas du recourant, il n'existe aucun motif de s'écarter de l'évaluation du revenu d'invalide effectuée par l'assurance-accident sur la base des DPT, établis de façon conforme aux réquisits de la jurisprudence, dans sa décision du 26 janvier 2010 entrée en force. En outre, les atteintes à la santé prises en compte par la CNA dans la détermination des activités exigibles du recourant sont les mêmes que celles prises en compte par l'OAI, à l'exception de la hernie discale, qui

n'implique toutefois aucune limitation supplémentaire (cf. supra, let. B.g et B.h). Enfin, le revenu d'invalidé de 2'400 fr. par mois, tel que calculé par la CNA, résulte de la moyenne des salaires moyens figurant sur les DPT, réduits de 40% ($[44'850 \text{ fr.} + 45'825 \text{ fr.} + 49'000 \text{ fr.} + 51'629 \text{ fr.} + 52'650 \text{ fr.}] / 5 = 48'790 \text{ fr.} 90$, montant qui, réduit de 40%, donne un résultat de 29'274 fr. 54 par an, soit 2'400 fr. par mois). Ce calcul n'apparaît pas critiquable et doit être confirmé. Quant au salaire sans invalidité de 5'600 fr. en 2009, il est conforme à la déclaration de l'employeur du 2 septembre 2009. La comparaison de ces deux revenus entraîne un taux d'invalidité de 57%, tel que déterminé par la CNA. Certes, en matière d'AI, l'année de référence pour la comparaison des revenus est différente, dès lors que doit être prise en compte celle au cours de laquelle se produit la modification de la capacité de travail du recourant, à savoir 2007. Toutefois, dès lors qu'il n'y a pas eu de modification importante du revenu de celui-ci entre 2007 et 2009, le calcul effectué par la CNA peut être confirmé.

Le recourant a ainsi droit à une demi-rente d'invalidité.

cc) Au demeurant, même si l'on se fondait sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (cf. ATF 126 V 75), plutôt que sur les descriptions de postes de travail sélectionnées par l'assureur-accident, le droit à la rente d'invalidité du recourant ne serait pas différent, comme il est analysé dans ce qui suit.

Il résulte en effet de l'Enquête suisse sur la structure des salaires en 2006 (ci-après : ESS) que le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services, soit en 2006, 4'732 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise [TA 1 ; niveau de qualification 4]). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures ; la Vie économique 6-2011, p. 94, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'933 fr. 11 ($4'732 \text{ fr.} \times 41.7 : 40$), ce qui donne un salaire

annuel de 59'197 fr. 32. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+ 1.6%), on obtient un revenu annuel de 60'144 fr. 48. Dès lors que la capacité de travail est réduite de 40%, il y a lieu de retenir un salaire hypothétique de 36'086 fr. 69 par an.

L'OAI a réduit les revenus ESS de 5%.

La prise en compte des limitations fonctionnelles de l'assuré dans la réduction du revenu d'invalidé ressortant des statistiques, alors même qu'elles ont déjà été prises en considération au moment de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail est sans conséquence sur la réduction des salaires ressortant des statistiques. La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75, consid. 5a/bb et les références citées ; TFA I 848/05 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3).

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de

l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 %, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (TF 9C_280/2010 du 12 avril 2011).

En l'espèce, le recourant souffre de nombreuses limitations fonctionnelles (pas de port de charges lourdes, pas d'activité nécessitant des mouvements répétitifs du membre supérieur droit, pas de mouvements fins des doigts et de la main droite, pas de travail sur des machines vibrantes, pas de travail sur échelles ou en hauteur et possibilité d'alterner les positions au décours des périodes de travail) qui entraînent une réduction de sa capacité de travail. Il n'a en outre aucune formation professionnelle. Compte tenu de ces éléments, il apparaît qu'une réduction de 5% est nettement insuffisante. Un taux de 15% apparaît en revanche adéquat. Le revenu d'invalidé du recourant est ainsi de 30'673 fr. 68 en 2007. S'agissant du salaire sans invalidité, l'employeur du recourant a indiqué que le salaire annuel de celui-ci en 2006 s'élevait à 63'830 francs. Indexé en 2007, il est de 64'851 fr. 28 (63'830 fr. x 1,6% [La Vie économique 6-2011, p. 95, tableau B 10.2]). Quant à la perte de gain, calculée en comparant le revenu sans invalidité (soit 64'851 fr. 28) et d'invalidé (soit 30'673 fr. 68), elle s'élève à 34'177 fr. 60 (64'851 fr. 28 - 30'673 fr. 68). Le taux d'invalidité est ainsi de 52,7%, ce qui ouvre au recourant le droit à une demi-rente d'invalidité.

7. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité est allouée au recourant dès le 1^{er} mars 2008 (art. 28 LAI).

Le recourant, qui obtient gain de cause en ayant procédé avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens d'un montant de 2'000 fr. (art. 55 al.1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 25 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité est allouée à G. _____ dès le 1^{er} mars 2008.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Philippe Graf, avocat à Intégration Handicap (pour G. _____),
- 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 :