

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 décembre 2010

---

Présidence de Mme THALMANN  
Juges : Mme Lanz Pleines et M. Perdrix, assesseur  
Greffière : Mme Pasche

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourant, représenté par Me Michel Dupuis, avocat, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA; 4 al. 1 LAI; 88a al. 1 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né [...], marié, est arrivé en Suisse pour la première fois en 1998. Il a travaillé en qualité de peintre en bâtiment pour le compte de diverses sociétés actives dans le placement de personnel temporaire jusqu'à la survenance de son incapacité de travail au mois de février 2006. Selon la déclaration de sinistre LAA du 21 février 2006, l'assuré a glissé en marchant sur la neige le 10 février 2006 à minuit et s'est blessé au poignet droit.

Le 5 mars 2006, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et chirurgie de la main, médecin traitant, a diagnostiqué une pseudarthrose du scaphoïde 1/3 distal avec vis déplacée ainsi qu'une discrète styloïdite de l'EDR droit. Le même jour, il a procédé à l'enlèvement de la vis et à la styloïdectomie de l'EDR droit. S'agissant des suites opératoires, le Dr W.\_\_\_\_\_ prévoyait un premier changement de pansement le lendemain, l'ablation des fils à deux semaines, un contrôle à cinq semaines et la reprise du travail en tant que peintre en bâtiment après deux-trois semaines.

Dans un rapport médical initial à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA) du 21 avril 2006, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué que le patient avait chuté sur la neige avec réception sur le poignet droit en hyperextension. Il présentait une tuméfaction importante de la face dorsale ainsi qu'une palpation et une mobilité douloureuse. Le Dr W.\_\_\_\_\_ prévoyait une reprise du travail à 100% le 8 mai 2006.

Dans son rapport médical intermédiaire du 3 juillet 2006 à la CNA, le Dr W.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de pseudarthrose du scaphoïde avec vis déplacée et de styloïdite radiale de l'EDR droit. Il observait une diminution des douleurs après l'opération [du 5 mars 2006], la main étant toujours tuméfiée sur le côté radial du poignet après reprise

du travail le 22 mai 2006. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a en outre relevé que le patient s'était coupé avec un morceau de verre le 8 mai 2006 et que l'arrêt de travail de 100% persistait concernant la poignet droit. Ce praticien notait enfin que si le patient n'arrivait pas à reprendre le travail après cette intervention mineure, il faudrait rediscuter d'une plus importante intervention (arthrodèse partielle du poignet ou résection de la 1ère rangée).

L'assuré a été examiné le 13 octobre 2006 par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Ce praticien a notamment relevé ce qui suit dans son rapport médical du 20 octobre 2006:

«Chez cet assuré de 43 ans, peintre, droitier, nous sommes à 25 ans d'une fracture du scaphoïde droit traitée par ostéosynthèse au Portugal et sans aucune manifestation clinique jusqu'à l'événement d'il y a trois ans puis à nouveau asymptomatique jusqu'à sa chute au mois de février 2006 où les radiographies révèlent la pseudarthrose.

Le Dr W.\_\_\_\_\_ procède alors à l'ablation de la vis qui dépasse du côté distal et peut provoquer une gêne. Un remaniement dégénératif entre la partie distale du scaphoïde et la styloïde radiale fait l'objet d'une excision distale de l'épiphyse.

Malgré des suites opératoires sans problème, la reprise du travail s'avère difficile malgré la bonne volonté et les efforts de l'assuré qui est très désireux de reprendre ses activités professionnelles au plus vite.

Un contact téléphonique du 19.10.2006 avec le Dr W.\_\_\_\_\_ nous apprend que le cas a été discuté avec le Dr M.\_\_\_\_\_ et que la proposition thérapeutique est une arthrodèse partielle du carpe plutôt que la résection de la 1ère rangée.

Au vu du status radiologique et compte tenu de la profession de l'assuré, cette option paraît raisonnable.

Cette intervention devrait être prise en charge par la Suva, les troubles annoncés étant en rapport avec les événements d'il y a 3 ans puis surtout celui de février 2006.»

Selon le protocole opératoire du 13 décembre 2006, le Dr W.\_\_\_\_\_ a procédé à l'opération suivante: «Four corner fusion, synovectomie partielle et dénervation partielle par résection du nipp poignet droit». Le Dr W.\_\_\_\_\_ a précisé, s'agissant des suites opératoires, «arrêt de travail 2-3 mois».

Le Dr W. \_\_\_\_\_ a relevé dans son rapport médical à la CNA du 8 mars 2007 que le patient présentait une bonne évolution post-opératoire sans complication et une diminution des douleurs.

Dans son rapport médical intermédiaire du 4 juin 2007 à la CNA, le Dr W. \_\_\_\_\_ a observé une bonne évolution avec une mobilité du poignet droit relativement bien pour status après résection de la 1ère rangée, que la force avait récupéré de moitié et que l'assuré avait repris le travail à 100% dès le 14 mai 2007.

Selon la déclaration de sinistre LAA du 19 juillet 2007, en descendant d'un échafaudage par l'échelle au passage de l'étage le 12 juillet 2007, le poignet droit de l'assuré a vrillé sur la main-courante.

Dans un rapport médical intermédiaire à la CNA du 14 août 2007, le Dr W. \_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit:

«Bonne évolution suite à la four corner fusion (correction du rapport du 4.6.2007 où je parlais de la résection de la 1ère rangée, ce qui était une erreur). Le patient a bien récupéré 5 mois après l'opération, il a ainsi pu reprendre le travail à 100% le 14.5.2007. Pendant un mois il a travaillé sans problème. Dernièrement il avait de nouveau des douleurs qui augmentaient avec une tuméfaction du poignet en raison de la surcharge. Après un arrêt de travail de 100% du 12.7. au 16.7.2007, il pouvait reprendre le travail juste un jour et ensuite les douleurs étaient de nouveau insupportables.

En conclusion, j'ai dit au patient de s'annoncer à l'AI. Je pense que le travail comme peintre industriel est trop lourd pour son poignet et une réorientation professionnelle serait indiquée. Pour l'instant je l'ai remis à 100% d'arrêt de travail et je le reverrai le 30.8.2007.»

Dans une décision sur opposition du 22 octobre 2007 relative au montant de l'indemnité journalière de l'assuré, la CNA a notamment relevé que ce dernier avait oeuvré dès le 20 janvier 2006 durant 21 jours pour le compte de l'entreprise [...], travaillant 75 heures selon le décompte fourni par cette l'entreprise, au salaire horaire de 32 fr., y compris indemnité de vacances et jours fériés et part au treizième salaire, ce qui représentait un salaire annuel de 41'714 fr. 30 (75 heures x 32 fr. = 2'400 fr. : 21 jours x 365 jours).

Dans son rapport médical du 25 octobre 2007 à la CNA, le Dr W.\_\_\_\_\_ a constaté que son patient présentait toujours, à 11 mois post-opération, des douleurs en utilisant sa main, sans présenter de douleurs au repos. La mobilité était raisonnable. Ce praticien était d'avis que la main était comme déjà indiqué dans sa lettre du 14 août 2007, pas en état d'utilisation comme avant. Sous la rubrique «thérapie» «b) Proposition», il a mentionné un travail adapté.

Le 28 décembre 2007, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), une demande de prestation AI pour adultes tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle ainsi qu'à une rééducation dans la même profession.

Procédant à l'instruction de ce dossier, l'OAI a reçu en date du 15 janvier 2008 un questionnaire de l'employeur [...], dont il ressortait que l'assuré avait travaillé en tant que peintre en bâtiment en mission temporaire du 8 mai 2003 au 4 novembre 2004. Il avait perçu un revenu de 4'063 fr. 90 en avril 2004, 2'871 fr. 10 en juin 2004, 4'854 fr. 50 en juillet 2004, 5'492 fr. 50 en août et septembre 2004, 2'066 fr. 65 en octobre 2004 et 818 fr. 35 en novembre 2004. Du 8 novembre 2004 au 31 juillet 2005, il avait été en incapacité de travail à 100 pour-cent. Selon le questionnaire pour l'employeur adressé le 18 janvier 2008 à l'OAI par [...], l'assuré a réalisé pour les mois de mai à décembre 2007, y compris l'indemnité maladie et les indemnités journalières accident, un salaire brut de 32'757 francs 65.

Dans un rapport médical adressé le 6 février 2008 à l'OAI, le Dr U.\_\_\_\_\_ médecin généraliste, a indiqué avoir traité l'assuré du 8 novembre 2004 au 15 février 2006. Il a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de status post-fracture costale 7, 8, 9, 10 gauche en 2004, de status post urticaire idiopathique en 2000, de syndrome de dépendance à l'alcool sevré en 2001 et de tabagisme actif, en précisant qu'il ne suivait plus ce patient depuis le 15 février 2006.

Dans son rapport médical à l'OAI du 25 février 2008, le Dr W. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une arthrose radio-carpienne post-traumatique symptomatique après chute et suite à une fracture du scaphoïde en 1980 ainsi qu'un status après ostéosynthèse par une vis et mal-union. En tant qu'ouvrier, l'assuré avait présenté les incapacités de travail suivantes:

«100% dès le 21.2.2006  
(essai de reprise de travail) 100% dès le 22.5.06  
Incapacité de travail: 100% dès le 23.5.2006  
50% dès le 16.4.07  
Reprise de travail: 100% dès le 14.5.06  
Incapacité de travail: 100% dès le 12.7.07 au 15.7.07  
Reprise de travail: 100% dès le 16.7.07  
Arrêt de travail: 100% dès le 17.7.07  
Reprise de travail: 100% du 24.9.07 au 27.9.07  
Arrêt de travail: 100% dès le 28.9.07»

Le Dr W. \_\_\_\_\_ a encore relevé ce qui suit:

«1. Traitement du 21.2.2006 jusqu'à ce jour.  
2. Dernier examen le 6.2.2008  
3. Anamnèse: chute sur la neige avec réception sur la main droite le 10.2.06 avec douleurs persistantes au niveau du poignet droit. Status après fracture du scaphoïde à 18 ans et ostéosynthèse 4 mois après traitement conservateur avec une vis mini-fragment qui n'a apparemment pas amené à une consolidation et qui paraît partiellement lâchée dans la partie distale du scaphoïde.  
Radiologiquement, poignet avec arthrose radio-carpienne sur la styloïde seulement SLAC I. Actuellement, sans travaux lourds, le patient n'a pas de douleur au niveau de son poignet. Par contre, fourmillements pendant la nuit le réveillant s'il ne porte pas l'attelle de Spencer (symptomatologie d'un tunnel carpien droit encore à confirmer).  
Suite à plusieurs tentatives de travail, le patient présentait toujours des douleurs importantes au niveau du poignet avec tuméfaction. Dans le cas de surcharges il ressent des douleurs à la face dorsale côté cubital et côté radial ainsi que sur le côté palmo-radial du poignet droit.  
[...]  
5. Constatations objectives:  
La cicatrice est calme. Pas de Tinel, sensibilité sur le dos de la main préservée.  
Discrimination en-dessous de 5 mm sur tous les 5 doigts de la main droite.  
Pas de douleurs à la mobilisation du poignet avec pression axiale.  
Force à droite 30-35-33 kg (à gauche 53-54 kg)  
Suite aux efforts, augmentation des douleurs au niveau du poignet droit.  
[...]  
6. Examens médicaux spécialisés:  
Un EMNG est encore prévu pour exclure une compression importante du nerf médian  
7. Thérapie

Au début traitement symptomatique après la contusion du poignet.  
AMO de la vis et styloïdectomie radiale le 5.3.06  
«Four corner fusion» avec mini-Spider plate le 13.12.06  
Ergothérapie par la suite.»

Dans l'annexe au rapport médical du même jour, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré pouvait lever, porter ou déplacer des charges de 3 à 5 kg au maximum de la main droite.

Le 4 avril 2008, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie médicale, a procédé à une échographie de la main droite de l'assuré. Dans son rapport médical du 7 avril 2009, ce praticien a posé la conclusion suivante:

«Brides de Dupuytren au niveau de la paume avec irritation mécanique, sans ténosynovite ou kyste.»

D'après le questionnaire pour l'employeur adressé le 14 avril 2008 par [...] à l'OAI, l'assuré a été engagé à 100% du 22 mai au 8 septembre 2006 pour le compte de cette société. Il avait en outre œuvré pour cette société durant 21 jours dès le 20 janvier 2006, représentant 75 heures, au salaire horaire de 32 francs.

Dans son rapport médical du 20 juin 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_ a observé que son patient avait cherché du travail à 50% dans sa profession mais que cela s'était avéré impossible, confirmant qu'une reprise dans son ancienne profession de peintre n'était pas possible.

Le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé le 14 juillet 2008 à un examen de l'assuré. Dans son rapport médical du même jour, le Dr T.\_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit:

«Nous nous trouvons à 2 ans et 5 mois d'une chute ayant entraîné une décompensation d'une ancienne fracture pseudarthrosée du scaphoïde carpien à droite. Traitement chirurgical qui aboutit à une arthrodeuse intra-carpienne et résection de la styloïde radiale. Situation actuelle stabilisée.»

Signes compatibles avec un tunnel carpien avec comme comorbidité, un début de maladie de Dupuytren sur le 4ème et le 3ème rayons.

Le travail dans son ancienne profession de peintre en bâtiment n'est plus réalisable. Cela se justifie par le fait que toute activité répétitive et en force déclenche rapidement enflure et douleurs au poignet droit.

Par contre, du point de vue de l'exigibilité, toute activité sans efforts avec les MS, en évitant des gestes répétitifs, sans transport de charges et avec une conduite automobile qui ne soit pas prépondérante peut être exercée sans limite de temps ni de rentabilité.»

Le 6 août 2008, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente, reconnaissant le droit à l'assuré à une rente entière du 1er février au 31 août 2007 ainsi qu'à une aide au placement afin de le soutenir dans ses recherches d'emploi. Il était constaté que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré dès le 14 mai 2007, date dès laquelle une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée de lui dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'efforts avec les membres supérieurs, pas de gestes répétitifs, pas de transports de charges avec automobile). Le même jour, l'OAI a informé l'assuré qu'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient fournis par son service de placement.

L'assuré, par son conseil, a fait part de ses objections par courrier du 9 septembre 2008. En substance, il faisait valoir qu'il était en arrêt de travail depuis février 2006 et n'avait pu reprendre un quelconque emploi en raison de sa situation médicale. L'assuré personnellement a encore exposé par courrier du 11 septembre 2008 à l'OAI qu'il avait toujours été en arrêt de travail depuis février 2006 jusqu'à ce jour, que les calculs de rente n'entraient pas en ligne de compte et qu'il ferait suivre à l'OAI un arrêt de travail de son médecin de février 2006 à ce jour. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a établi le 11 septembre 2008 un certificat médical selon lequel l'incapacité de travail de l'assuré avait débuté en février 2006 et se poursuivait jusqu'au 16 octobre 2008, date de son prochain rendez-vous.

Le 19 septembre 2008, l'assuré et son coordinateur emploi auprès de l'OAI ont signé une charte de collaboration par laquelle l'assuré s'engageait à coopérer activement aux recherches d'emploi dans une activité adaptée à son état de santé. Un premier entretien dans le cadre

de l'aide au placement a eu lieu le 19 septembre 2008 à l'OAI. A cette occasion, les remarques suivantes ont été formulées par le coordinateur emploi de l'assuré:

«Nous constatons que notre assuré porte un plâtre au bras droit, ce dernier nous explique qu'il a fait une chute le mois dernier et que son poignet a à nouveau été touché, mais sans trop de gravité il va d'ailleurs faire retirer son plâtre le 16 octobre prochain. En ce qui concerne son avenir professionnel, notre assuré aimerait pouvoir continuer à travailler dans le domaine de la peinture, en espérant convaincre un entrepreneur de l'engager à 50% pour effectuer des travaux légers (travaux fins en peinture du type émaille). Nous lui expliquons qu'il peut aussi envisager de travailler dans un magasin spécialisé dans la vente de peinture et autres accessoires, pour la clientèle privée et professionnelle, l'idée l'intéresse mais son manque de connaissances de l'écriture de la langue française pourrait être un handicap dans cette fonction. Durant ces prochaines semaines il désire mettre toute son énergie pour rester dans le secteur de la peinture et si cela s'avère trop compliqué il envisagera une nouvelle orientation.»

Par courrier du 6 octobre 2008 à l'assuré, l'OAI a indiqué que sa contestation n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, précisant encore qu'une aide de son service de placement lui avait été octroyée afin de l'aider dans ses recherches d'un emploi adapté à ses problèmes de santé.

Le 29 octobre 2008, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a reçu l'assuré en consultation. Dans son rapport médical du même jour au Dr W.\_\_\_\_\_, le Dr R.\_\_\_\_\_ a retenu la présence d'un discret ralentissement des vitesses de conduction sensitive par le cubital au passage du coude droit, les autres paramètres étant parfaitement physiologiques. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a observé que l'on pouvait sans autre en rester à une approche conservatrice avec un rembourrage protecteur au niveau du coude et l'application de Flector Tissugel à ce niveau. Il n'y avait d'ailleurs aucun indice en faveur d'une souffrance d'origine radiculaire ou plexulaire.

Dans un rapport médical du 29 octobre 2008 à la CNA, le Dr W.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une fracture EDR droite et a constaté une

évolution favorable avec un peu de douleurs persistantes sur la styloïde cubitale.

Par décision du 4 novembre 2008, le droit à une rente entière de l'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100% a été reconnu à l'assuré pour la période du 1er février au 31 août 2007. La décision de l'OAI avait notamment la teneur suivante:

«Vous exercez l'activité de peintre en bâtiment.

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 10 février 2006. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI. A l'échéance du délai en question, soit au 10 février 2007, votre incapacité de travail est de 100% dans toute activité. Dès lors, votre degré d'invalidité est de 100%.

Toutefois, si la capacité de travail s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement modifie, le cas échéant, le droit à la rente.

Ainsi, selon les pièces médicales en notre possession, force est de constater que votre état de santé s'est amélioré et que dès le 14 mai 2007, une pleine capacité de travail peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (pas d'efforts avec les membres supérieurs, pas de gestes répétitifs, pas de transports de charges avec automobile).

Dès lors, pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu auquel vous auriez pu prétendre en bonne santé, soit CHF 41'714.30, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée ne nécessitant pas de qualifications particulières à un taux de 100%.

[...]

En l'occurrence, 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, CHF 4'732.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006; 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 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4732.- x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+ 1.60%; La Vie économique, 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 60'144.48 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128V 174 consid. 4a).

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et de votre permis de séjour, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalide s'élève ainsi à CHF 51'122.81. Ainsi, force est de constater que malgré votre atteinte à la santé, le revenu d'invalide est supérieur au revenu sans atteinte à la santé. Vous ne présentez donc plus de perte économique. [...]

Des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à votre portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Selon la jurisprudence, par reclassement, on entend la somme des mesures de réadaptation professionnelles qui sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée, qui avait déjà exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité, une possibilité de gain à peu près équivalente à celle qui était la sienne auparavant. Le droit au reclassement présuppose que la perte de gain durable due à l'invalidité soit de 20% environ, ce qui n'est pas votre cas. Dès lors, le droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert.

Notre décision est par conséquent la suivante:

- Du 1er février 2007 au 31 août 2007, vous avez droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100%.
- Une aide au placement vous est octroyée afin de vous soutenir dans vos recherches d'emploi.»

Selon un rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2008, l'assuré a été agressé le 1er septembre 2008 avec chute sur la main droite, ce praticien posant le diagnostic de fracture du radius et du cubitus distal droit.

**B.** Par acte du 2 décembre 2008, l'assuré, représenté par son conseil, a recouru contre la décision de l'OAI du 4 novembre 2008, concluant à l'octroi d'une rente entière au-delà du 31 août 2007, jusqu'à recouvrement de sa capacité de travail. En substance, il fait valoir que sa situation de santé ne s'est pas améliorée depuis 2007, que son incapacité de travail est encore totale et qu'il ne dispose d'aucune capacité de gain. Il relève qu'hormis la période considérée par l'office intimé, il s'est trouvé en incapacité de travail du 30 août 2007 au 27 décembre 2008 à tout le moins, cette période étant susceptible de se prolonger au-delà du 31 décembre 2008. Il fait ainsi grief à la décision attaquée de ne pas tenir compte de sa capacité effective de travail, telle que constatée par une autre assurance sociale. Il en déduit qu'il y a lieu de tenir compte de l'incapacité de travail qu'il présente actuellement et qu'il pourra encore présenter pour les mois à venir. A titre de mesures d'instruction, le recourant sollicite de pouvoir se déterminer sur le procédé de l'office intimé et d'être autorisé à produire à ce moment tous documents et

éléments de preuve complémentaires. A l'appui de son recours, le recourant produit deux feuilles-accidents LAA.

Par réponse du 27 février 2009, l'OAI propose le rejet du recours. Il relève qu'il ressort des constatations de la CNA que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 14 mai 2007, cette appréciation étant basée sur les examens des 20 octobre 2006, 14 juillet 2008 et 16 janvier 2009, ainsi que sur les avis du Dr W.\_\_\_\_\_ des 12 juin et 16 août 2007. L'OAI observe que ce praticien mentionne une reprise du travail dans l'activité habituelle le 14 mai 2007 et considère qu'à cette date, l'état de santé de son patient est stabilisé et qu'une reprise du travail est envisageable. L'office intimé constate qu'au vu de l'atteinte et des limitations fonctionnelles, l'activité de peintre est clairement contre-indiquée, appréciation confirmée par l'apparition de douleurs et d'une tuméfaction du poignet en raison de surcharge, le Dr W.\_\_\_\_\_ se prononçant en défaveur de la reprise de l'activité antérieure et proposant une réorientation professionnelle. L'OAI en déduit qu'à cette date, il ne fait aucun doute que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, renvoyant pour le surplus à la décision attaquée qu'il confirme.

Par décision du 12 mars 2009, l'OAI a pris acte que l'assuré souhaitait renoncer à l'aide au placement pour le moment au vu de son état de santé.

Le 13 mars 2009, le recourant a produit une attestation médicale du Dr W.\_\_\_\_\_ du 3 décembre 2008 à la teneur suivante:

«Le médecin soussigné atteste que le patient susnommé a eu des arrêts de travail (donnés à [...]) de:  
100% dès le 21.2.2006, reprise à 50% le 16.4.2007, reprise à 100% le 14.5.2007, arrêt de travail à 100% le 12.7.2007.  
Depuis le patient a été à l'arrêt de travail à 100% avec 2 essais de reprise de travail le 16.7.2007 pour un jour et le 24.9.2007 jusqu'au 27.9.2007. Arrêt de travail depuis le 28.9.2007 jusqu'à la date actuelle à 100%.»

Dans ses déterminations du 25 mars 2009, l'assuré, par son conseil, maintient sa position. Il fait notamment valoir qu'il a produit une attestation médicale du 3 décembre 2008 montrant qu'il est dans l'incapacité de travailler depuis le mois de septembre 2007. Il explique en outre que la réorientation professionnelle est exclue, puisque compte tenu de son état de santé, il a dû renoncer, pour le moment en tout cas, à l'aide au placement.

Dans ses observations du 17 avril 2009, l'office intimé confirme ses conclusions et préavise pour le rejet du recours. Il relève en substance que l'attestation médicale du Dr W.\_\_\_\_\_, bien que mentionnant une incapacité de travail, n'est pas motivée, ne contient ni diagnostics, ni status, ni limitations fonctionnelles. Par ailleurs, elle est en totale contradiction avec les rapports médicaux détaillés et motivés des médecins d'arrondissement de la CNA, lesquels ont eu l'occasion d'examiner le recourant les 14 juillet 2008 et 16 janvier 2009.

Par courrier de son conseil du 7 août 2009, le recourant observe qu'il est toujours en incapacité de travail, que le dernier rapport du médecin de la CNA mentionne que toute activité de peintre en bâtiment, correspondant à sa formation professionnelle, apparaît définitivement contre-indiquée et qu'il s'agit d'un élément à prendre en compte, puisqu'il n'a plus de possibilité de prendre l'activité pour laquelle il est formé et qu'il a toujours exercée. Le recourant sollicite en outre que son médecin traitant, le Dr W.\_\_\_\_\_, soit interpellé afin qu'il fournisse des indications sur les raisons de son incapacité de travail, ses possibilités actuelles, et précise son diagnostic, les status et les descriptions des limitations fonctionnelles qu'il a pu constater lors de ses interventions.

Le dossier de la CNA a été produit. Y figure notamment un rapport médical de la Dresse C.\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie et médecine interne, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, qui a examiné l'assuré le 16 janvier 2009. Dans son rapport médical du même jour, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit sous la rubrique «appréciation du cas»:

«Ce peintre en bâtiment âgé de 45 ans, d'origine portugaise, a fait une chute en glissant sur la neige le 10.02.2006 ( [...]), occasionnant un possible déplacement de vis en regard du scaphoïde pour une probable pseudarthrose, un étant antérieur datant de 1982.

Dans un premier temps, le Dr W.\_\_\_\_\_ a procédé à l'ablation de cette vis le 05.03.2006. Un état douloureux a perduré et a fait poser l'indication à une synovectomie partielle, dénervation et arthrodèse de type «four corner fusion» réalisée le 13.12.2006, donnant une évolution favorable permettant une reprise du travail le 20.01.2007.

Le 11.07.2007, en descendant d'un échafaudage, il se fait une entorse du poignet qui reste dès lors douloureux et fait proposer à son chirurgien de la main une réorientation professionnelle.

Le Dr T.\_\_\_\_\_, qui l'examine le 14.07.2008, admet que le travail de peintre en bâtiment n'est plus réalisable et donne comme limitations fonctionnelles tout effort avec gestes répétitifs des MS, avec charges, où la conduite automobile ne devrait pas être prépondérante. Cette activité adaptée aux limitations fonctionnelles est exigible en plein. Une IPAI a été alléguée, estimée à 10%.

Le 05.11.2008, lors d'une agression, M. F.\_\_\_\_\_ se fait une fracture du radius et du cubitus distal traitée conservativement au Service d'Orthopédie & Traumatologie du CHUV. Des douleurs mal systématisées font l'objet d'une évaluation neurologique par le Dr R.\_\_\_\_\_ qui retient une neuropathie cubitale au coude droit traitée conservativement.

L'arrêt de travail total se poursuit. M. F.\_\_\_\_\_ est convoqué pour faire le point de la situation.

Il se plaint de douleurs chroniques résiduelles de son carpe droit, principalement au versant cubital.

L'examen clinique me paraît superposable à celui qui a été réalisé par le Dr T.\_\_\_\_\_, hormis une très discrète diminution de la flexion, les inclinaisons étant un peu meilleures.

Au plan radiologique, le cubitus est un peu long, les traits de fracture ne sont pas encore consolidés le 18.09.2008 avec discrète bascule du radius. Il s'agit d'une fracture multi-fragmentaire.

La mise sous tension des muscles cubitiaux est sensible.

Nous remercions le Dr W.\_\_\_\_\_ de nous tenir au courant de son évaluation car selon l'assuré, il envisage une ostéotomie de raccourcissement du cubitus qui pourrait donner une amélioration certes partielle des douleurs à ce compartiment, mais il est bien clair que cela ne va pas améliorer l'ensemble du status après arthrodèse du poignet droit.

Nous nous trouvons devant les mêmes limitations fonctionnelles reconnues le 14.07.2008 à savoir qu'il faut éviter toute activité soutenue répétitive nécessitant un effort avec le MSD, éviter des charges, des vibrations. La conduite automobile ne m'apparaît pas indiquée sur de longs trajets.

Il n'y a pas d'IPAI supplémentaire des suites de la récente fracture.

En-dehors d'une incapacité de travail totale qui serait liée à une réintervention de la part du Dr W.\_\_\_\_\_, il m'apparaît une pleine exigibilité dans l'activité adaptée décrite à partir du présent examen.

L'activité de peinture en bâtiment m'apparaît définitivement contre-indiquée.»

Dans une écriture du 1er septembre 2009 faisant suite à la production de son dossier par la CNA à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, le recourant, par son conseil, relève qu'il serait peut-être utile que son médecin traitant précise son diagnostic, décrive ses limitations fonctionnelles et adresse une copie de son dossier médical.

Dans une écriture du 1er octobre 2009, l'OAI indique qu'il n'a rien à ajouter à ses courriers de 27 février et 17 avril 2009, auxquelles il renvoie.

### **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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD [Loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36]).

**b)** 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); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**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 (ATF 125 V 413, consid. 2c, 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**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 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 un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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 pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 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 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**b)** Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 également 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**c)** L'assurance-invalidité n'a pas à répondre des difficultés de l'assuré pour trouver un emploi approprié liées à des facteurs étrangers à l'invalidité - tels que des difficultés linguistiques, le manque de formation professionnelle ou l'âge. S'il est vrai que de tels facteurs jouent un rôle pour déterminer dans le cas concret les activités que l'on peut raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement

exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voir impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF 107 V 21 consid. 2c; TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, publié in VSI 1999 p. 247 consid. 1; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007, consid. 2.1; TFA I 293/05 du 17 juillet 2006, consid. 2.1).

**d)** En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). Selon cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, 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 (ATF 125 V 413 consid. 2d ; VSI 2001 p. 274 consid. 1, et les références ; TFA du 19 octobre 2005, I 38/05).

**4.** En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à des prestations d'invalidité. Il est constant que l'activité de peintre en bâtiment est contre-indiquée en raison de l'atteinte à sa santé. En revanche, la capacité de travail du recourant consécutivement à cette atteinte est contestée. Le recourant affirme qu'il est dans l'incapacité de travailler, se fondant principalement sur l'avis médical du Dr W. \_\_\_\_\_ du 3 décembre 2008 et sur les feuilles-accidents LAA.

Pour sa part, l'intimé maintient que le recourant peut présenter une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, au vu des constatations médicales des médecins d'arrondissement de la CNA des 20 octobre 2006, 14 juillet 2008 et 16 janvier 2009, ainsi qu'au vu des avis du Dr W. \_\_\_\_\_ des 12 juin et 16 août 2007 [recte: 4 juin et 14 août 2007].

Il résulte des pièces du dossier et il n'est pas contesté que le recourant a subi une incapacité de travail totale dès le 10 février 2006. Il convient de déterminer s'il a présenté par la suite une amélioration de son état de santé et, dans l'affirmative, dès quelle date.

**a)** L'assuré a fait l'objet de trois examens par les médecins spécialistes de la CNA les 13 octobre 2006, 14 juillet 2008 et 16 janvier 2009. Il n'est pas contesté qu'il présentait une incapacité de travail de 100% lors de l'examen du 13 octobre 2006. Cependant, lors de l'examen de l'assuré du 14 juillet 2008, le Dr T.\_\_\_\_\_ a constaté que si le travail dans son ancienne profession de peintre en bâtiment n'était plus réalisable dans la mesure où toute activité répétitive et en force déclenchait rapidement enflure et douleurs au poignet droit, l'assuré pouvait exercer sans limite de temps ni de rentabilité toute activité sans efforts avec les membres supérieurs, en évitant des gestes répétitifs, sans transport de charges et avec une conduite automobile qui ne soit pas prépondérante. Lors de l'examen du 16 janvier 2009, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a observé que si l'activité de peintre en bâtiment lui paraissait définitivement contre-indiquée, l'assuré présentait une pleine exigibilité dans une activité adaptée (éviter toute activité soutenue répétitive nécessitant un effort avec le membre supérieur droit, éviter les charges, éviter les vibrations, pas de conduite automobile sur de longs trajets). La Dresse C.\_\_\_\_\_ a par ailleurs constaté que l'examen clinique lui paraissait superposable à celui réalisé par le Dr T.\_\_\_\_\_, hormis une très discrète diminution de la flexion.

Finalement, les rapports médicaux du Dr W.\_\_\_\_\_ ne viennent pas contredire cette appréciation. Dans son rapport médical du 3 décembre 2008 le Dr W.\_\_\_\_\_ atteste d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle du recourant. Or ce praticien est également d'avis que le travail de peintre industriel est trop lourd pour le poignet de l'assuré, suggérant une réorientation professionnelle (rapport médical intermédiaire du 14 août 2007 à la CNA). Dans son rapport médical du 25 février 2008 à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_ relevait par ailleurs que sans travaux lourds, le

patient n'avait pas de douleur au niveau de son poignet, précisant dans l'annexe au rapport médical du même jour que l'assuré pouvait lever, porter ou déplacer des charges de 3 à 5 kg au maximum de la main droite. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a en outre relevé dans son rapport du 4 juin 2007 à la CNA que l'évolution était bonne et que l'assuré avait repris le travail à 100% dès le 14 mai 2007. Il rappelait dans son rapport médical du 14 août 2007 que l'assuré avait bien récupéré 5 mois après l'opération du 13 décembre 2006 et qu'il avait pu reprendre le travail à 100% le 14 mai 2007 pendant un mois. Or c'est en raison de la surcharge qu'il avait à nouveau présenté des douleurs avec une tuméfaction du poignet qui avait conduit à un arrêt de travail. L'assuré a pourtant persisté à rechercher un travail dans son ancienne profession de peintre en bâtiment, non adaptée à son état de santé, comme cela ressort du rapport médical du Dr W. \_\_\_\_\_ du 20 juin 2008 et du premier entretien du 19 septembre 2008 dans le cadre de l'aide au placement, à l'occasion duquel l'assuré a indiqué qu'il aimerait pouvoir continuer à travailler dans le domaine de la peinture.

S'agissant des limitations fonctionnelles (pas d'efforts avec les membres supérieurs, pas de gestes répétitifs, pas de transports de charges avec automobile), décrites par les Drs T. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_, elles ne diffèrent pas de celles retenues par le Dr W. \_\_\_\_\_, qui constate que l'assuré peut lever, porter ou déplacer des charges de 3 à 5 kg au maximum de la main droite (annexe au rapport médical à l'OAI du 25 février 2008) et qui observe que sans travaux lourds, son patient n'a pas de douleur au niveau du poignet (rapport médical à l'OAI du 25 février 2008).

Il y a lieu de rappeler à ce stade que l'assurance-invalidité n'a pas à répondre des difficultés de l'assuré pour trouver un emploi approprié liées à des facteurs étrangers à l'invalidité, tels que le manque de formation professionnelle (cf. supra, consid. 3c).

Il résulte de ce qui précède que l'assuré a effectivement présenté une amélioration de son état de santé dès le 14 mai 2007 et

aurait été en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Compte tenu de la teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, il faut admettre que le recourant a effectivement recouvré une pleine capacité de gain dans une activité adaptée au 31 août 2007.

**b)** Le recourant fait encore grief à la décision attaquée de ne pas tenir compte de sa capacité effective de travail, telle que constatée par une autre assurance sociale.

Dans un arrêt publié aux ATF 133 V 549, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité au sens de l'ATF 126 V 288. Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d p. 293) (cf. 9C\_1062/2008 du 9 septembre 2009, consid. 4.1).

Au demeurant, lorsque la décision attaquée a été rendue (le 4 novembre 2008), la CNA n'avait pas encore statué sur le degré d'invalidité du recourant.

**5.** Il reste encore à déterminer le taux d'invalidité du recourant.

**a)** L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA). L'exigibilité est un aspect de l'incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA (ATF 132 V 393

consid. 3.2). 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, exprimée en pourcent (ATF 114 V 310), permettant de calculer le taux d'invalidité (TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010, consid. 6.2).

**b)** Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part dans un marché du travail équilibré, le revenu d'invalidité doit être déterminé selon les données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ci-après: ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). Il convient alors de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

S'agissant du gain d'invalidité, dans la mesure où le recourant n'a pas, selon les pièces au dossier, repris d'activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, il y a lieu de se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent des chiffres ESS. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre, en 2006, les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), à savoir 4'732 fr. par mois, part au 13e salaire comprise (ESS 2006, tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 56'784 fr. par année. Comme les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de 40 heures, ce salaire doit être converti à la moyenne usuelle des entreprises en 2006, soit 41,7 heures (La Vie économique 10-2006, tableau B 9.2, p. 90), ce qui représente 59'197 fr. 32 ( $56'784 : 40 \times 41,7$ ). Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+1,60%, La Vie économique 10-2006, tableau B 10.2, p. 91), on obtient un revenu annuel de 60'144 francs 47.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré,

par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieur à 25 % (ATF 134 V 322 consid. 5.2).

En l'espèce, l'OAI a procédé à un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé, ce qui n'apparaît pas critiquable compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à 51'122 fr. 80.

**c)** En ce qui concerne le revenu sans invalidité, bien qu'il soit hypothétique, la jurisprudence considère qu'il n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. Ainsi, il convient en règle générale de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en prenant en considération l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_104/2010 du 27 juillet 2010, consid. 4.1).

Dans le cas particulier, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 41'714 fr. 30 en 2007. Selon la fiche d'examen du dossier No 1 du 21 juillet 2008, ce montant a été calculé en référence aux comptes individuels (ci-après: CI), avec la précision que la CNA avait admis un montant sans atteinte de 32 fr. de l'heure y compris vacances, jours fériés et treizième salaire. Ce montant correspond au demeurant à celui retenu par la CNA dans sa décision sur opposition du 22 octobre 2007 relative au calcul de l'indemnité journalière de l'assuré. Dès lors qu'il ressort du dossier produit par la CNA que l'assuré a œuvré pour le compte de l'entreprise [...] durant 21 jours dès le 20 janvier 2006, travaillant 75 heures selon le décompte de cette entreprise, au salaire horaire de 32 fr., le revenu annuel de 41'714 fr. 30 retenu (calculé comme suit: 75 heures x 32 fr. = 2'400 fr. : 21 jours x 365 jours) n'apparaît pas critiquable et doit

être confirmé. Ce revenu est au demeurant plus élevé que les revenus réalisés par le recourant selon les CI. Selon ceux-ci, le salaire du recourant soumis à cotisation AVS pour l'année 2005 n'a été que de 3'833 francs. En 2004, il a réalisé un salaire de 30'831 fr. pour les mois de mars à décembre. Durant l'année 2003, son revenu pour les mois de mars à décembre s'est monté 31'727 francs. En annualisant les revenus réalisés par l'assuré en 2003 ( $31'727 : 10 \times 12 = 38'072$  fr. 40) et 2004 ( $30'831 : 10 \times 12 = 36'997$  fr. 20) et en tenant compte de l'évolution des salaires, il en résulte un salaire annuel moyen pour 2007 de 38'659 fr. 50 fr. ( $38'106$  fr. +  $39'213$  fr. : 2; avec une variation de 102,6 points en 2003 à 106,5 points en 2007, respectivement de 103,4 points en 2004 selon la calculatrice du renchérissement de l'Office fédéral de la statistique).

Dès lors que le revenu que le recourant est susceptible de réaliser dans une activité adaptée est supérieur à celui qu'il réalisait sans invalidité, il ne subit aucune perte économique et n'a droit ni à une rente d'invalidité ni à des mesures d'ordre professionnel (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références; TF 8C\_36/2009 du 15 avril 2009, consid. 4 et les références citées).

**6.** Le dossier étant complet, permettant à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'interpeller le médecin traitant du recourant, dont la requête en ce sens doit être rejetée. En effet, le juge peut renoncer à un complément d'instruction sans que cela entraîne une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 106 Ia 162, consid. 2b; TF 8C\_659/2007 du 27 mars 2008, consid. 3.2 et les références citées).

**7.** En définitive, le recours mal fondé doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Les frais de justice d'un montant de 250 fr. sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 4 novembre 2008 est confirmée.
  
- III.** Un émolument de justice de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est 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 Michel Dupuis, avocat (pour F. \_\_\_\_\_),
- 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 :