

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mai 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Jomini et Mme Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

C._____, à Ecublens, recourant, représenté par Me Patrick Mangold,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA; art. 4, 17 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) C. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1977, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de mécanicien, a travaillé du 1^{er} juillet 2000 au 29 février 2004 pour le compte de l'atelier mécanique A. _____, en qualité de fraiseur CNC. A ce titre, il était assuré en cas d'accidents professionnels et non professionnels selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20) auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA).

b) Le 13 septembre 2003, l'assuré s'est blessé aux vertèbres cervicales et dorsales ainsi qu'au poignet droit, à la suite d'un accident de la route survenu alors qu'il circulait, sous le coup d'une mesure de retrait du permis de conduire et en état d'ébriété (taux d'alcoolémie de 2.04 g/kg), sur le motorcycle de son père, à l'insu de ce dernier. Pris en charge tout d'abord à l'Hôpital [...] puis au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier T. _____), l'intéressé a bénéficié, le 24 septembre 2003, d'une ostéosynthèse D3-D9 et d'une spondylodèse D5-D7 avec greffe osseuse. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été effectuée le 6 octobre 2004.

B. a) Le cas a été annoncé le 15 septembre 2003 à la CNA, laquelle a octroyé les prestations légales.

Par ordonnance pénale du 12 décembre 2003, l'Office du juge d'instruction du Valais central a condamné l'assuré à 40 jours d'emprisonnement avec sursis durant 2 ans et à une amende de 900 fr., pour circulation sans permis, vol d'usage et ivresse au guidon.

Par décision du 4 février 2004, la caisse a retenu que l'alcoolémie de l'intéressé était à l'origine de l'accident du 13 septembre 2003; partant, elle a prononcé la diminution des prestations en espèces de 50%, en vertu de l'art. 37 al. 3 LAA - ce que l'assuré n'a pas contesté.

b) Dans un rapport du 17 février 2004, le Dr J._____, chef de clinique au sein du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier T._____, a diagnostiqué un status après entorse du poignet droit, un status après fracture facettaire droite de C6, et un status après fracture par compression rotation de D5 et D6 et impaction du plateau vertébral supérieur D7. Il a évoqué des risques de rachialgies chroniques post-traumatiques. Puis, le 31 mars 2004, ce médecin a relevé que l'état de santé de l'assuré suivait une évolution favorable du point de vue orthopédique, avec une bonne consolidation des fractures vertébrales. Il a précisé que du point de vue rachidien, l'exercice d'une profession permettant d'alterner les positions assise et debout mais évitant le port de lourdes charges (de plus de 20 kg) était envisageable.

L'assuré a séjourné à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique V._____) du 21 avril au 19 mai 2004, en vue d'un bilan global incluant notamment une évaluation professionnelle. Dans un rapport de synthèse 9 juin 2004, les Drs E._____, chef de clinique en réadaptation neurologique, et N._____, médecin-assistant, ont principalement signalé des thérapies physiques et fonctionnelles. Ils ont ajouté qu'à la suite du poly-traumatisme subi le 13 septembre 2003, l'assuré présentait les diagnostics secondaires suivants : fracture facettaire droite de C6, fracture par compression-rotation de D5-D6 avec impaction du plateau vertébral de D7, ostéosynthèse de D3-D9 et spondylodèse D5-D7 avec greffe osseuse le 24 septembre 2003, et fracture du pyramidal du poignet droit. Cela étant, ces médecins ont estimé que *«l'ensemble des constatations ne permet[tait] pas de fixer une capacité de travail avec un rendement dans la profession du patient»*.

Dans un rapport du 28 juillet 2004, le Dr L._____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et chirurgie orthopédique, a indiqué qu'en dépit des signes radiologiques de la fracture du poignet droit de l'assuré, la fonction de ce poignet était excellente. Il a dès lors considéré qu'il n'y avait pas lieu de proposer des mesures thérapeutiques spécifiques, et que *«[l']incapacité de travail persistant n'[était] sans doute pas due à l'état du poignet à droite»*.

Le 4 octobre 2004, le Dr J._____ a indiqué que radiologiquement, la consolidation des vertèbres et de la greffe paravertébrale D5-D7 était acquise sans déplacement secondaire du matériel. Suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse réalisée le 6 octobre 2004, ce médecin a relevé, dans un compte-rendu du 21 décembre 2004, que la reprise du travail était possible à 50% depuis le 15 novembre 2004 et à 100% depuis le 15 janvier 2005, étant précisé que tout port de charge excédant 10 ou 15 kg devait être évité, de même que les positions statiques prolongées. Ce point de vue a été confirmé aux termes d'un rapport du 7 février 2005 rédigé par le Dr P._____, chef de clinique adjoint remplaçant à la Consultation d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier T._____.

Dans un rapport d'examen final du 25 février 2005, le Dr S._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a exposé en substance que l'assuré présentait une cyphose dorsale un peu accentuée, qu'il n'y avait pas de troubles statiques majeurs, que la mobilité rachidienne était bien récupérée malgré une raideur du segment dorsal, que la mobilisation s'effectuait harmonieusement et sans douleur, et qu'il n'y avait pas de déficit neurologique aux membres inférieurs; en outre, les radiographies effectuées montraient que les fractures étaient stables et que la statique rachidienne était bien restaurée. Le Dr S._____ en a déduit que le traitement de l'intéressé était terminé. Par ailleurs, il a estimé que l'assuré était «*sûrement*» à même de travailler à temps complet comme mécanicien de précision.

c) Par décision du 1^{er} mars 2005, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, réduite de 50% en vertu de l'art. 37 al. 3 LAA, eu égard à la décision du 4 février 2004 (cf. let. B.a supra). L'intéressé a formé opposition contre cette décision par acte du 13 avril 2005, rédigé par son mandataire.

d) L'assuré a été engagé le 5 avril 2005 en tant que mécanicien de précision auprès de l'entreprise W._____ SA, par le biais

d'une agence de placement. Il a toutefois dû interrompre cette activité le 9 mai suivant, en raison de troubles dorsaux ayant conduit à une incapacité de travail de 100%. Le cas a été annoncé à la CNA le 26 mai 2005.

Dans un rapport du 6 juin 2005 adressé au médecin conseil de la CNA, les Drs F._____ et Q._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier T._____, ont relevé que le bilan radiologique n'indiquait pas de péjoration des fractures vertébrales, qui étaient consolidées. Ils ont ajouté que l'assuré présentait de fortes dorso-lombalgies dans son travail actuel, et qu'ils avaient évoqué avec ce dernier une éventuelle réinsertion professionnelle.

Par rapport du 13 juin 2005, le Dr G._____, médecin généraliste, a informé la CNA que l'assuré présentait «*depuis quelques jours*» une rechute douloureuse de lombo-dorsalgies dues à l'accident du 13 septembre 2003. A cet égard, il a évoqué une raideur du rachis, une scoliose antalgique à convexité dorsale gauche et une douleur à la palpation de la région lombaire et dorsale. Il a mentionné qu'une reprise du travail à 100% était possible depuis le 16 mai 2005.

Dans un constat du 14 juin 2005, le Dr F._____ a exposé qu'une reprise du travail à 50% était possible depuis le 13 juin 2005, mais que l'on ne pouvait exclure des dommages permanents sous forme de lombo-dorso-lombalgies suite à des efforts.

Par écrit du 21 juillet 2005 adressé à la Dresse D._____ de l'Hôpital orthopédique, le Dr S._____ a observé une certaine aggravation de la situation de l'assuré - lequel se plaignait de dorso-lombalgies un peu diffuses - depuis son précédent rapport du 25 février 2005, évoquant l'apparition de contractures musculaires et d'une mobilité rachidienne limitée, alors que l'intéressé donnait l'impression de fournir toute la mesure de ses possibilités.

Par rapport du 3 août 2005, la Dresse D._____ a souligné l'existence de limitations fonctionnelles et de dysbalances musculaires évidentes.

Le 16 août 2005, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge le traitement médical consécutif à la rechute de l'accident du 13 septembre 2003, ainsi que le versement d'indemnités journalières - ces prestations étant réduites de 50% conformément à la décision du 4 février 2004 (cf. let. B.a supra). La caisse a par ailleurs relevé que l'opposition à la décision du 1^{er} mars 2005 ne serait traitée qu'après la stabilisation de l'état actuel de l'intéressé.

Du 29 août au 16 septembre 2005, l'intéressé a bénéficié d'une prise en charge intensive et multidisciplinaire à l'Unité du rachis de l'Hôpital orthopédique. Dans une «*lettre de sortie centre de jour*» du 3 octobre 2005, la Dresse D._____ a signalé une diminution des douleurs lombaires, tout en indiquant une augmentation de l'intensité des dorsalgies. En outre, elle a considéré que le port de charges et les mouvements répétitifs limitaient de façon évidente la capacité de travail de l'assuré, lequel pouvait toutefois travailler à 100% dans une activité adaptée, évitant le travail en zone basse, avec obligation de porter occasionnellement des charges minimales. A teneur d'un rapport du 27 octobre 2005, cette praticienne a confirmé que l'intéressé était apte à travailler à 100% dans une activité adaptée sans port de charges, avec possibilité de changer fréquemment de posture.

Dans un rapport du 9 décembre 2005, le Dr S._____ a estimé que la situation médicale de l'intéressé avait évolué favorablement depuis l'examen réalisé le 21 juillet 2005. Il a retenu que du point de vue thérapeutique, il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre de nouvelles démarches.

C. a) Dans l'intervalle, soit le 17 août 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle

profession, d'un placement et de mesures médicales de réadaptation spéciales. Dans ce contexte, l'intéressé a indiqué présenter une incapacité de travail totale depuis le 13 septembre 2003, et souffrir de fractures et de lésions de la colonne vertébrale ainsi que de lésions du poignet droit.

b) Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) s'est adressé au Dr L._____, lequel a confirmé, par écrit du 26 août 2004, que le poignet droit de l'assuré «*[allait] bien*» et ne limitait pas l'incapacité [recte : la capacité] de travail de celui-ci.

Interpellé par l'OAI, le Dr J._____ a retenu, dans un rapport du 4 octobre 2004, les atteintes suivantes se répercutant sur la capacité de travail :

"Status après entorse du poignet droit depuis le 1[3].09.03
Status après fracture facettaire droite de C6 depuis le 1[3].09.03
Status après fracture par compression rotation de D5-D6 et impaction du plateau vertébral supérieur D7 depuis le 1[3].03.09
Status après ostéosynthèse D3-D9 et spondylodèse D5-D7 avec prise de greffe iliaque postérieure droite le 24.09.03"

Par ailleurs, constatant que l'assuré présentait des limitations fonctionnelles sous la forme de «*douleurs dorso-lombaires suite à un port de charges dépassant 10 kg, position en inclinaison du tronc prolongé*», ce spécialiste a relevé que l'activité habituelle de l'intéressé était théoriquement exigible à 100% «*sous réserve d'une adaptation aux ports de charges et à la position [sic]*», à défaut de quoi le rendement serait diminué. Cela étant, le Dr J._____ a considéré que l'intéressé pourrait travailler à 100% dans toute activité ne nécessitant pas le port de charges de plus de 10 kg, évitant les porte-à-faux et les positions vicieuses du rachis, et permettant d'alterner les positions assise et debout.

Selon un questionnaire pour l'employeur complété le 26 octobre 2004 par l'atelier mécanique A._____, l'assuré avait réalisé dans cette entreprise un salaire mensuel brut de 5'182 fr. 40.

Par rapport du 14 octobre 2005, le Dr J. _____ a confirmé que le port de charge et les mouvements répétitifs limitaient la capacité de travail de l'intéressé, lequel demeurerait toutefois en mesure d'exercer à 100% un poste adapté évitant le travail en zone basse et comprenant un port de charge minime.

D. a) Par écrit du 21 décembre 2005, la CNA a informé l'assuré de la mise en œuvre d'un stage auprès de l'entreprise W. _____ SA, tout en précisant ce stage avait pour but la réintégration progressive de l'intéressé dans un processus de travail, si bien que l'effet thérapeutique de l'occupation devait dans un premier temps primer sur le rendement.

L'assuré a débuté son stage le 3 janvier 2006, en qualité de monteur d'instruments de mesure de haute précision. Dans le cadre de cette activité, exercée tout d'abord à 100%, puis à 50% - avec un rendement de 90% - dès le 12 janvier 2006, l'intéressé a bénéficié d'un aménagement de sa place de travail (établi rehaussé) et a donné entière satisfaction. Le 7 février 2006, il s'est vu proposé un poste temporaire auprès de W. _____ SA. Le 9 février suivant, il a toutefois interrompu son stage tout en déclinant l'offre d'emploi qui lui était faite, motif pris que son médecin lui avait défendu d'exercer une activité lucrative (cf. rapport d'entretien de la CNA du 24 janvier 2006 et notes téléphoniques de la CNA des 7 et 9 février 2006).

Cela étant, par prononcé du 10 février 2006, la caisse a suspendu avec effet immédiat l'octroi de toutes prestations d'assurance.

Après s'être entretenue avec deux collaborateurs de l'entreprise W. _____ SA, la CNA a rédigé un rapport d'entretien du 17 février 2006 (ultérieurement contresigné par l'entreprise susmentionnée), dont il ressortait qu'invité par cette société à justifier sa défection, l'assuré avait fait valoir *«qu'il ne voulait pas faire cela toute sa vie, qu'il s'agissait d'une place temporaire et non pas stable et qu'il préférait voir avec l'AI pour une reconversion professionnelle, comme dessinateur sur machines*

par exemple. Il n'a[vait] absolument pas mis en cause son état de santé ou une éventuelle pénibilité du travail».

Par courrier du 23 février 2006 adressé à l'atelier mécanique A. _____ et se référant à un entretien téléphonique du même jour, la CNA a indiqué prendre note de ce que la rémunération de l'assuré, s'il avait poursuivi son activité au sein de cette entreprise, aurait été de 5'182 fr. 40 x 13 pour les années 2004, 2005 et 2006.

Dans un constat du 24 février 2006, le Dr S. _____ a retenu que l'assuré avait occupé un poste médicalement exigible à 100% auprès l'entreprise W. _____ SA, et qu'il avait quitté ce travail pour des motifs non orthopédiques, voire non médicaux.

Par correspondance du 28 février 2006 adressée au nouveau conseil de l'assuré, la CNA a prononcé la levée de la suspension des prestations d'assurances. En outre, se fondant sur un gain annuel sans accident de 67'371 fr. 20 (5'182 fr. 40 x 13) et sur un revenu avec atteinte à la santé de 48'682 fr. (correspondant au salaire annuel présumé auprès de l'entreprise W. _____ SA [26 fr./heure x 40 h x 52 semaines], moins une diminution de rendement de 10%), la caisse a fixé le taux d'incapacité de travail de l'intéressé à 28%, avec effet au 20 février 2006.

b) Dans un rapport intermédiaire du 13 mars 2006, la Division administrative de l'OAI a notamment considéré qu'il y avait lieu de mettre en œuvre un stage d'observation et d'évaluation au Centre de formation professionnelle de [...] (ci-après : le centre ORIPH), Unité d'évaluation et d'orientation professionnelle (UEOP). L'intéressé a débuté le stage en question en date du 20 mars 2006, pour une durée de 3 mois; il a perçu des indemnités journalières de l'AI durant la période en cause.

Le 6 juin 2006, la CNA a annulé sa décision du 1^{er} mars 2005, précisant qu'il serait statué sur l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité à l'issue de la réadaptation professionnelle instituée par l'AI. En

outre, la caisse a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 100% - et non de 28% - entre le 20 février et le 19 mars 2006.

Dans un rapport établi le 20 juin 2006, le directeur du centre ORIPH a expliqué que le stage d'observation professionnelle de l'assuré avait été prématurément interrompu le 12 juin 2006. A cet égard, il a exposé que l'intéressé avait considéré que toutes les activités proposées en atelier (mécanique [CNC], gestion en logistique-magasinier, dessin machine-constructeur, informatique, chimie) comme en entreprise (opérateur sur machine automatisée) étaient incompatibles avec son état de santé, se plaignant en particulier de douleurs lombaires et cervicales.

Sur la base d'informations fournies par le directeur de production de W._____ SA, l'OAI a rédigé une note d'entretien le 11 juillet 2006, dont il ressortait que l'assuré avait quitté cette société au motif que le poste proposé (monteur) ne correspondait pas à son niveau de compétence; il apparaissait par ailleurs qu'au sein de cette entreprise, l'intéressé aurait réalisé un salaire initial de 26 fr./h, puis de 30 fr./h après un temps d'adaptation, et enfin de 32 fr. ou 33 fr./h avec des responsabilités de chef d'équipe. Cela étant, dans un rapport final du 12 juillet 2006, la Division administrative de l'OAI a retenu que l'assuré devait être considéré comme réadapté à satisfaction, dès lors que le revenu sans atteinte à la santé dans une activité de polymécanicien s'élevait à 67'371 fr., et que l'emploi proposé par la société W._____ SA aurait permis à l'intéressé de réaliser à moyen terme un salaire de 62'871 fr. en tant que chef d'équipe.

E. **a)** Sur mandat de la CNA, l'assuré a fait l'objet d'une expertise médicale réalisée le 11 janvier 2007 par le Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie et en orthopédie. Dans un rapport du 23 février 2007, ce dernier a notamment fait état de ce qui suit :

"Status

[...]

En raison de l'absence de soudure osseuse des corps vertébraux D5, D6 et D7, que les greffes iliaques complémentaires de l'opération du 24.09.2003 n'ont pas réussi à générer, j'ai recherché "le Schober" D3-D9, qui atteignait 2 à 3 mm [...] ; mais entre D5 et D7, je n'ai pas réussi à trouver le moindre écart, en répétant l'épreuve, pour ne pas tester que la zone des fractures de ces 3 vertèbres superposées... ; ce qui veut dire qu'en lieu et place du pontage osseux espéré, qui devait ne faire qu'un bloc de ces trois vertèbres et assurer durablement l'indolence de ce segment rachidien, on n'a obtenu qu'une rigidité d'amar[r]age réciproque des 3 vertèbres en cause, par contracture de leurs articulations intermédiaires comme des tissus cicatriciels environnants.

[...]

Discussion

[...]

[...] les médecins responsables [du traitement de l'assuré] ont très rapidement cru que la partie était gagnée ; et, tant pour sa rééducation complémentaire obligatoire, que pour les multiples tentatives qui ont été faites de lui retrouver un travail adéquat [...], ils ont constamment flirté avec un certain excès d'optimisme, se traduisant par la conviction que les processus de guérison étaient suffisamment avancés pour que toute activité physique serve simultanément au réentraînement musculaire du blessé... ; et c'est ainsi qu'avec de légers excès dans la durée initiale d'activités professionnelles à peu près adéquates qu'on a abouti à la réduction de moitié de multiples horaires de travail, proposés à l'essai.

Ailleurs, c'est ainsi qu'en milieu officiellement averti de ces dangers, on a également complété une rééducation calculée très exactement à la mesure de l'intéressé, par des exercices d'endurance et des tests de performance au levage de poids.

[...]

En l'absence de ces incidences délétères, nul ne peut cependant prétendre que M. C. _____ aurait pleinement développé l'ossification réparatrice du sommet de sa cyphose dorsale, au point que ce segment rachidien devenu monolithique le mette à l'abri de ses dorsalgies d'effort, qui perturbent toutes ses tentatives de réadaptation professionnelle. Mais il est pratiquement certain que les troubles résiduels, auxquels nous sommes confrontés, seraient moins accusés et que sa recherche d'un travail rigoureusement adapté en serait largement simplifiée.

[...]

Avec un métier rigoureusement adapté, aujourd'hui comme hier, M. C. _____ pourrait avoir une capacité de travail entière; mais tant qu'on n'a pas trouvé la solution miracle d'une adéquation parfaite de ses occupations professionnelles avec les handicaps résiduels dont il souffre, cette capacité garde une connotation purement théorique [...].

[...]

2. -- Diagnostic :

-- Séquelles de fractures comminutives des corps vertébraux D5, D6 et D7, cisailées en oblique, avec escalier diagonal et légère torsion, incomplètement réduites par ostéosynthèse de détraction longitudinale D3 - D9 (maintenue un an), mais pas complètement consolidées au retrait de ce matériel et très vite réangulées de 20°, en dépit d'un semis d'autogreffes iliaques qui n'a pas abouti à la constitution prévue de 2 tuteurs osseux latéraux, qu'elles auraient dû faire naître, ainsi qu'avec le concours d'une rééducation musculaire surdosée.

-- Dégénérescence et quasi-élimination des disques intervertébraux, entre D5, D6 et D7 + atteintes discopathiques des espaces intersomatiques sus- et sous-jacents, jusqu'à D3, respectivement D9.

-- Status d'apparente consolidation de plusieurs petites fractures complémentaires d'apophyses de ces vertèbres et de leurs voisines.

-- Absence de toute atteinte médullaire symptomatique et absence de toute lésion viscérale, thoracique ou abdominale.

-- Absence, également, tout signe accréditant le postulat d'un traumatisme cranio-cérébral, quand la dysmnésie du blessé sur les circonstances exactes de son accident relevait de son taux d'alcoolémie et que ses réponses étaient, par ailleurs, parfaitement claires sur tout autre sujet.

-- Fracture du pyramidal du poignet droit, longtemps méconnue, traitée comme une distorsion du poignet et consolidée spontanément, sans trouble résiduel.

[...]

4.-- Capacité de travail exigible.

Au terme de la présente expertise, on ne peut malheureusement rien dire de la capacité de travail de M. C._____, en raison de l'évanouissement de tous les a priori concernant la guérison de ses fractures, respectivement celle des autres lésions traumatiques qu'il s'est faites le 13.09.03. et qui n'ont pas non plus disparu. Pour y parvenir, il faut d'abord que ces lésions soient toutes "stabilisées", c-à-d. sans évolution ni reprise potentielle, sous l'influence de facteurs mineurs, ce qui veut dire qu'on ne peut rien gagner à être pressé, respectivement qu'il faut avoir atteint le stade d'une bonne accoutumance aux dysesthésies qui persisteront, mais qui ne sont pas des signes prémonitoires de surcharge, et celui de la tolérance aux exigences posturales du travail exécuté durant la période d'activité quotidienne envisagée.

Ensuite, il faut qu'on ait dépassé le stade des hésitations, dans le choix du travail considéré suffisamment adéquat et auquel le malade ait donné son plein accord.

Pour le choix de nouvelles occupations professionnelles de Monsieur C._____, des voix se sont élevées, qui voudraient savoir dans quelle mesure les tentatives de l'ORIPH de le remettre au travail avaient une adéquation correcte, par rapport aux servitudes physiques post-traumatiques qui sont les siennes. Et, là, [...] le blessé a toujours été jusqu'au bout de la tâche du jour qu'on lui avait donnée et que, par conséquent, il a démontré par là que le secteur d'activité dans lequel on l'avait immergé n'était pas incompatible avec son état physique. Simplement, les tâches à accomplir ont été définies avec des marges suffisantes, pour que la tentative de réinsertion n'apparaisse pas d'emblée comme une voie conduisant à l'échec, sans que cela ne soit le moins du monde démontré.

D'autre part, en matière de réorientation professionnelle, la pratique a démontré [...] que plus le nouveau travail est proche de l'ancien, plus le transfert peut facilement se faire, si bien que laisser M. C._____ dans un domaine proche de la mécanique qu'il a pratiquée ne peut que lui simplifier les choses en le laissant "jouer sur le même clavier" [...].

Quoi qu'il en soit, on ne fera pas reprendre à M. C._____ une activité professionnelle qu'il n'aurait pas agréée; est-ce en le considérant comme le juge le plus haut placé, de tout ce qu'on fait et tout ce qu'on doit encore faire pour le réhabiliter qu'on ira le plus vite et le plus sûrement pour lui et son avenir.

Une fois encore, notre blessé devra être testé, dans 2 ou 3 des 4 ou 5 métiers qui lui ont paru les moins inadaptés à sa situation; et, cette fois-ci, ce sera à lui de dire, chaque fois son appréciation, ses critiques et ses commentaires [...] afin que finalement on le soutienne au mieux, dans la voie qu'il se sera choisie [...]."

b) Le 10 décembre 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. En substance, l'office a retenu que si l'activité habituelle de polymécanicien n'était plus exigible, l'assuré conservait en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cela étant, l'OAI a considéré que la comparaison des revenus avec et sans invalidité - de respectivement 62'871 fr. et 67'371 fr. - mettait en évidence une perte économique de 4'500 fr. équivalant à un degré d'invalidité de 6.6%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI.

L'assuré a communiqué ses objections le 22 janvier 2008, faisant essentiellement valoir qu'il n'avait jamais requis l'octroi d'une rente d'invalidité, et que l'appréciation de l'OAI ne tenait pas compte des conclusions du Dr M._____, dont il ressortait que des mesures de

réadaptation lui avaient été imposées alors même que son état de santé n'était pas stabilisé.

Par avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 1^{er} février 2008, les Drs O._____ et A._____ ont constaté qu'aux dires de l'expert M._____, «avec un métier rigoureusement adapté, aujourd'hui comme hier, M. C._____ pourrait avoir une capacité de travail entière». Cela étant, les limitations fonctionnelles étant définies, il appartenait aux spécialistes de la réadaptation de déterminer l'existence d'une telle activité.

c) Sur mandat de la CNA, le Dr R._____, médecin adjoint auprès du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier T._____, a fait part de ses déterminations dans un rapport du 18 mars 2008. Il a diagnostiqué des douleurs séquellaires dorsales sur status post-fracture D5-D6 instable (type C), un status post-ostéosynthèse D3-D9 avec spondylodèse D5-D6, et un status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse une année plus tard. Il a considéré que l'on ne pouvait parler d'instabilité et d'ablation hâtive du matériel d'ostéosynthèse chez l'intéressé, dont la cyphose totale s'était toutefois légèrement aggravée, suite à une perte de hauteur discale. Il a ajouté qu'un CT-scan effectué en été 2007 ne montrait pas de signes de pseudoarthrose. Considérant que la chronicité des douleurs séquellaires de l'assuré laissait soupçonner d'éventuels éléments comportementaux, ce médecin a préconisé un nouveau séjour à la Clinique V._____, afin de mieux observer et mesurer les limitations fonctionnelles de l'intéressé.

Par courrier du 18 mars 2008 adressé au Dr S._____, l'assuré a conclu au versement d'indemnités journalières non réduites et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, tout en se prévalant des conclusions de l'expert M._____ pour alléguer que sa santé avait pâti des mesures de rééducation entreprises notamment à la Clinique V._____. Prenant position le 23 avril suivant, le Dr S._____ a retenu qu'au vu des critiques - du reste infondées - émises par l'assuré, un séjour auprès de la Clinique V._____ apparaissait désormais contre-indiqué. Ce

médecin a par ailleurs qualifié de polémique le ton de l'expertise du Dr M._____, laquelle ne contenait aucune précision quant à l'exigibilité, aux limitations fonctionnelles, et au taux de l'atteinte à l'intégrité de l'intéressé.

Le dossier médical de l'assuré ayant été transmis pour avis au Dr X._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique de la division médicale de la CNA à Lucerne, ce dernier a exposé, par avis du 19 août 2008, que des incertitudes demeuraient quant aux diagnostics à retenir, aux conséquences cliniques d'une éventuelle pseudoarthrose et au traitement qu'une telle atteinte pourrait nécessiter. Il a dès lors considéré qu'il convenait de soumettre le cas au Dr H._____, médecin-chef du Service de chirurgie du rachis à l'Hôpital K._____ à Berne.

Par rapport du 12 janvier 2009 (rédigé en allemand, mais ayant ultérieurement fait l'objet d'une traduction française) établi sur la base d'un examen clinique du 1^{er} décembre 2008, les Drs I._____ et B._____, respectivement médecin assistant et directeur suppléant du Service de chirurgie de la colonne vertébrale de l'Hôpital K._____, ont diagnostiqué des douleurs chroniques du milieu de la colonne vertébrale thoracique 63 mois après l'accident de l'assuré, avec présence d'une fracture de compression/torsion de D5 et D6 et un enfoncement du plateau de D7. Ils ont relevé que les fractures en D6 et D7 étaient consolidées, situation que traduisait notamment un scanner rachidien réalisé le 18 juin 2007. En outre, ils ont considéré que l'intéressé ne présentait pas de pseudoarthrose au niveau de la colonne fracturée ou de la spondylodèse.

Par avis du 16 avril 2009, le Dr X._____ s'est déterminé comme suit sur le cas de l'assuré :

"[...] Si l'on tente de tirer un synthèse de [l'expertise du 12 janvier 2009], on peut en retenir que l'examen radio-clinique est réconfortant et qu'il ne permet guère de motiver les plaintes qui ressortent de l'anamnèse recueillie auprès de M. C._____ dont le caractère invalidant est important. Autrement dit, les déficiences constatées, soit le status post-fracture et ostéosynthèse du rachis ne permettent pas d'expliquer les incapacités décrites par M. C._____

comme l'impossibilité à adopter des positions statiques assise ou debout de façon prolongée, ou l'apparition de dorsalgies lors de la pratique de gestes répétitifs, voire la limitation majeure du port de charges.

[suit une étude de la littérature médicale topique]

Capacité de travail exigible chez M. C. _____

[...]

Chez M. C. _____, les déficiences présentes s'expriment sous forme d'un état post-fracture D5 à D7 et spondylodèse de la colonne médio-thoracique. On peut concevoir comme séquelles de cette fracture et de l'intervention chirurgicale des douleurs résiduelles et une certaine fatigabilité du rachis. On l'a vu dans la discussion générale : une reprise du travail dans le contexte post-traumatique présenté par M. C. _____, et ce même dans une activité physique astreignante, est sans autre envisageable, à condition que l'on ait pu écarter toute cause mécanique et traitable d'une dorsalgie résiduelle, à savoir une instabilité ou une pseudarthrose. Tel a été le cas en l'occurrence chez M. C. _____.

Prenant en compte les incapacités qu'il a décrites et qu'on peut en partie rattacher aux déficiences observées et à mettre sur le compte de la spondylodèse, il est licite d'estimer que M. C. _____ est en mesure d'exercer une activité physiquement peu astreignante permettant l'alternance des positions du corps, ne requérant que des ports de charges légères (jusqu'à 10 kg), et dans la mesure du possible, que de façon occasionnelle, et évitant la position penchée en avant en station debout, ceci pouvant générer à la longue sensation de fatigue du dos et douleurs musculaires. Si l'alternance des positions du corps, garante d'une indolence relative, est possible, il n'est pas nécessaire d'inclure des pauses régulières dans le cycle du travail.

[...]

En conclusion il n'y a pas nécessité chez M. C. _____ de réaliser une intervention supplémentaire au niveau du rachis dorsal, puisque l'hypothèse de la présence d'une éventuelle instabilité résiduelle ou d'une pseudarthrose que j'avais évoquée a pu être écartée par les experts de la consultation du rachis de l'Hôpital K. _____ à Berne. Les douleurs éprouvées par le patient ont un fondement organique, ceci est indiscutable. Cependant, l'impact qu'elles génèrent sur la capacité de travail doit être relativisé, au vu des renseignements qui ressortent de l'étude de la littérature médicale traitant du sujet. Une activité légère, exercée en position alternée du corps, ne requérant ni position en porte-à-faux, ni ports de charges lourdes, est exigible sur l'arc de toute la journée."

d) Par communication du 12 mai 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'il réalisait les conditions à l'octroi d'une orientation professionnelle, et que des démarches dans ce sens seraient prochainement mises en œuvre.

Dans un rapport final du 15 juillet 2009, la Division administrative de l'OAI a relevé qu'après enquête auprès de diverses entreprises, il apparaissait que l'assuré était à même d'exercer une activité de monteur similaire à celle proposée par W._____ SA, sans formation complémentaire autre qu'une éventuelle période de mise au courant. Il n'y avait donc pas lieu, sous réserve d'une aide au placement et d'une prise en charge de la période de mise au courant précitée, de mettre en œuvre des mesures professionnelles supplémentaires à l'égard de l'intéressé. Par ailleurs, en travaillant comme monteur, l'assuré pourrait réaliser un revenu avec invalidité de 58'000 fr. susceptible d'atteindre rapidement 62'000 fr., voire 70'000 fr. après plusieurs années d'expérience. Quant au revenu sans invalidité, celui-ci s'élevait à 67'371 fr. en 2004, conformément aux informations fournies par l'Atelier mécanique A._____ en date du 26 octobre 2004.

e) En date du 13 août 2009, la CNA a informé l'assuré que l'appréciation médicale avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement, et qu'elle allait dès lors mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2009.

Par décision du 2 septembre 2009, la caisse a alloué à l'intéressé une rente fondée sur un degré d'invalidité de 18% avec effet au 1^{er} octobre 2009, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% - prestations toutes deux réduites de moitié en vertu de l'art. 37 al. 3 LAA.

L'intéressé a fait opposition à cette décision par acte du 5 octobre 2009, complété le 18 novembre 2009.

f) Par projet de décision du 13 octobre 2009 (reprenant en substance la motivation d'un courrier adressé la veille à l'intéressé), l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité et d'un reclassement professionnel, pour les raisons suivantes :

"Résultat de nos constatations :

- Le 17 août 2004, vous avez déposé une demande de prestations.
- Vous exercez la profession de polymécanicien.

- En raison de votre atteinte à la santé et au vu des pièces médicales en notre possession, vous présentez une incapacité de travail entière dans votre ancienne activité.
- Par contre, votre capacité de travail reste entière dans des activités adaptées à votre état de santé, soit un travail qui tient compte de vos limitations fonctionnelles (activité légère, exercée en position alternée et qui ne requiert ni position en porte-à-faux, ni port de charges lourdes).
- En janvier 2006, vous avez effectué un stage chez W. _____ SA sous l'égide de la SUVA avec l'adaptation du poste afin de le rendre compatible avec les limitations fonctionnelles précitées. Vous n'avez pas voulu signer le contrat d'engagement proposé par la maison W. _____ SA pour un poste considéré tant par la SUVA que par notre service de réadaptation comme parfaitement adapté.
- Puis vous avez suivi un stage d'observation auprès du Centre Oroph de [...] du 20 mars au 25 [recte : 12] juin 2006 dans le secteur UEOP dans le but de définir dans quel domaine vous pourriez être reclassé, avec le versement d'indemnités journalières AI durant cette période. Vous avez estimé que votre état de santé n'était alors pas stabilisé, une instruction médicale était en cours auprès de la SUVA.
- Au vu des conclusions basées sur l'expertise demandée par la SUVA, une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées reste donc exigible.
- L'exercice de l'activité adaptée précitée rapporte un revenu annuel de CHF 62'000.00.
- Dans votre ancienne activité et sans atteinte à la santé, vous pourriez prétendre à un salaire annuel de CHF 67'371.00.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité	CHF	67'371.00	
avec invalidité	CHF	62'000.00	
La perte de gain s'élève à	CHF	5'371.00	= un degré d'invalidité de 8%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Selon les informations obtenues auprès de plusieurs entreprises, l'activité de monteur est facilement accessible à une personne au bénéfice d'un CFC de polymécanicien. Une nouvelle formation ne s'avère donc pas nécessaire pour réduire encore le préjudice économique. Par contre, une aide au placement vous est accordée et nous vous accorderons cette prestations sur simple renvoi du formulaire ci-joint, dûment complété."

L'assuré a contesté ce projet par écrit du 18 novembre 2009, faisant valoir qu'il n'avait pas été personnellement examiné par le Dr X. _____, et requérant dès lors la mise en œuvre d'un examen médical complémentaire. En outre, il a relevé qu'il n'avait travaillé qu'à 50% - avec un rendement de 90% - pour l'entreprise W. _____ SA, qu'il avait été contraint de quitter son poste de monteur pour des raisons de santé, et qu'une telle activité ne pouvait donc être considérée comme adaptée, ce

d'autant moins à un taux de 100%. Reprenant l'avis du Dr M._____, il a soutenu que ses maux avaient été aggravés par l'«*excès d'optimisme*» des intervenants chargés de sa réadaptation. Cela étant, il s'est déclaré favorable à un nouveau stage d'évaluation afin de déterminer, de manière précise et concrète, les activités adaptées à son état de santé et le revenu que celles-ci lui permettraient de réaliser.

F. Par décision sur opposition du 11 décembre 2009, la CNA a partiellement admis l'opposition de l'assuré du 5 octobre 2009, en ce sens que le taux de la rente d'invalidité était fixé à 23% au lieu de 18%; pour le surplus, la caisse a considéré que son prononcé du 2 septembre 2009 échappait à la critique.

G. Le 12 mars 2010, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 13 octobre 2009.

Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'office a écarté les objections de l'assuré, considérant que l'appréciation du Dr X._____ - fondée notamment sur l'expertise réalisées par les Drs I._____ et B._____ - était digne de foi quand bien même ce médecin n'avait pas personnellement ausculté l'intéressé, que le dossier avait été suffisamment instruit sur le plan médical, et qu'une nouvelle évaluation en stage ne se justifiait pas, dès lors que la capacité de travail dans une activité adaptée était claire et que les limitations fonctionnelles permettaient l'exercice d'une activité de monteur.

H. **a)** Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assuré a recouru le 15 avril 2010 auprès de la Cour de céans à l'encontre de la décision précitée. Il conclut principalement à la réforme de celle-ci, ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité fixée à dire de justice et à la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelles sous la forme d'un reclassement. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. S'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail, il estime qu'une expertise médicale complémentaire s'impose. A

cet égard, il fait valoir que l'appréciation du Dr X._____ n'est pas déterminante puisque ce dernier ne l'a pas personnellement ausculté, que les Drs I._____ et B._____ ne se sont pas prononcés sur l'exigibilité d'une activité lucrative, que le Dr M._____ a considéré qu'il était prématuré de discuter cette question dès lors que la situation médicale n'était pas stabilisée, et que le Dr R._____ a quant à lui préconisé un nouveau stage d'observation à la Clinique V._____; il relève en outre que le directeur du centre ORIPH a observé un rendement ne se situant qu'entre 15% et 25%. Par ailleurs, l'assuré conteste le revenu avec invalidité retenu par l'intimé. Sur ce point, il souligne n'avoir travaillé pour W._____ SA qu'à 45% (50% avec un rendement de 90%), et avoir dû quitter cette entreprise pour des raisons de santé. Il en déduit que l'activité qu'il y exerçait n'était pas adaptée à ses limitations fonctionnelles, et que c'est à tort que l'OAI a déterminé le revenu d'invalidé en se fondant sur le salaire réalisable à moyen terme dans un poste de monteur analogue à celui proposé par W._____ SA. Il allègue que ce revenu aurait dû être défini sur la base de données statistiques, sous déduction d'un abattement de 20% tenant compte de sa longue absence du circuit économique et d'un taux partiel d'occupation. Par ailleurs, l'intéressé soutient que, n'étant pas en mesure de travailler comme polymécanicien ou comme monteur, il lui sera impossible de reprendre un emploi adéquat sans formation professionnelle complémentaire. Enfin, il produit diverses pièces à l'appui de ses allégués.

b) Par décision du 11 juin 2010, le Bureau de l'assistance judiciaire a octroyé au recourant l'assistance judiciaire avec effet au 21 mai 2010, en relation avec le dépôt du présent recours; Me Patrick Mangold a été désigné comme avocat d'office.

c) Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 14 septembre 2010.

Le dossier AA a été versé dans le dossier AI.

I. Par arrêt du 11 mai 2011, la Cour de céans a rejeté le recours introduit le 26 janvier 2010 par l'assuré à l'encontre de la décision sur opposition de la CNA du 11 décembre 2009 (AA 12/10 - 104/2011).

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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile – compte tenu des fêtes judiciaires pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) – devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme, et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent.

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

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413, consid. 2c, 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, la question à examiner est celle du droit du recourant à une rente d'invalidité, respectivement à un reclassement professionnel. C'est ici le lieu de préciser que même si la demande de prestations AI du 17 août 2004 ne tendait qu'à l'octroi de mesures professionnelles, il reste que la décision attaquée refuse au recourant l'allocation d'une rente d'invalidité et la mise en œuvre d'un reclassement professionnel, et que les conclusions du recours du 15 avril 2010 portent précisément sur l'octroi de ces deux prestations.

3. La LAI a subi deux révisions depuis 2002, alors que la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'AI, si bien qu'il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au cas d'espèce.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2), en l'occurrence le 12 mars 2010.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI engendrées par la 4^e révision de cette loi, et pour le surplus au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette législation entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent

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

4. 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 une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI) et à des mesures professionnelles s'il est invalide à 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2).

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

conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane du SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351, consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

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

a) Afin de pouvoir trancher la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, il convient d'examiner les divers avis médicaux prenant position sur cette problématique.

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

b) De l'avis du Dr X._____, l'assuré présente donc une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Contrairement aux allégations du recourant (cf. mémoire de recours du 15 avril 2010 p. 3), on ne saurait critiquer l'appréciation de ce médecin du seul fait que celui-ci n'a jamais personnellement ausculté l'assuré. En effet, selon la jurisprudence fédérale, une expertise médicale fondée uniquement sur les pièces d'un dossier a valeur probante si ce dossier contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen personnel de l'assuré (cf. TFA I 176/05 du 16 septembre 2005 consid. 3.1.1) – ce qui est le cas en l'espèce, le Dr X._____ ayant notamment pu consulter les avis des Drs I._____ et B._____, M._____, et R._____ (cf. constats du Dr X._____ des 19 août 2008 [p. 1] et 16 avril 2009 [p. 1]), tous établis sur la base d'un examen personnel du recourant. Aussi le rapport de ce médecin doit-il se voir reconnaître valeur probante, dès lors qu'il a été rédigé sur la base d'investigations complètes et approfondies, en pleine connaissance du dossier tel qu'il se présentait à l'époque, et que ses conclusions apparaissent convaincantes (cf. consid. 4b supra).

L'appréciation de ce praticien est du reste corroborée par les avis des Drs J._____ et D._____, dans la mesure où ces derniers ont également retenu que l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c) Il reste à déterminer si l'appréciation du Dr X._____ est remise en doute par un avis médical contraire probant versé au dossier.

aa) Il est vrai que dans son compte-rendu du 18 mars 2008, le Dr R._____ a considéré que les limitations fonctionnelles de l'assuré ne pourraient être définies qu'au terme d'un séjour à la Clinique V._____, lequel n'a cependant pas été mis en œuvre – et pour cause, au vu des griefs invoqués le 18 avril 2008 par l'assuré à l'encontre de cet établissement (cf. let. E.c supra). A ce propos, il importe de relever que de l'avis du Dr S._____ (cf. écrit du 23 avril 2008, let. E.c supra), ces critiques étaient totalement dénuées de fondement. Quoi qu'il en soit, on

ne saurait voir dans les seules réserves du Dr R._____ - qui plus est, très succinctement motivées - un élément concret pouvant entamer la valeur probante de l'appréciation dûment étayée du Dr X._____.

bb) A l'inverse du Dr X._____, le Dr M._____ a retenu, ainsi qu'exposé ci-avant (cf. consid. 5a supra), que les fractures vertébrales de l'assuré n'étaient pas encore consolidées, si bien qu'il était prématuré d'évaluer la capacité de travail exigible de ce dernier.

A cet égard, la Cour de céans constate tout d'abord avec le Dr S._____ (cf. courrier du 23 avril 2008, let. E.c supra), que le rapport d'expertise du Dr M._____ du 23 février 2007 présente un ton polémique, incompatible avec les garanties d'objectivité et d'impartialité exigées d'un expert. Plus particulièrement, ce médecin s'est laissé aller à des jugements de valeur qui sortent du cadre de l'appréciation strictement médicale que l'on est en droit d'attendre d'un spécialiste en orthopédie appelé à se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré. Il en va ainsi, entre autres, des propos de cet expert selon lesquels *«la SUVA doit admettre qu'elle a, plus ou moins, été menée en petit bateau, par l'assuré qui n'a cessé de se dérober à toutes les tentatives qu'elle a faites de lui faire retrouver des occupations professionnelles adéquates, proches du métier qui était le sien [...]»* (cf. rapport d'expertise du 23 février 2007 p. 13), ou à teneur desquels *«l'assuré s'est comporté avec une désinvolture impressionnante, comme si tous les égard lui étaient dus [...] pour moi, cette attitude est plus proche de celle d'un amateur de voitures qui se rend dans une foire automobile, pour y avoir tout vu, tout essayé, tout compris, quoique bien décidé à ne rien acheté, que de celle d'un accidenté spolié de quelques uns de ses moyens, qui voudrait qu'on l'aide à retrouver une occupation professionnelle fiable, pour redevenir un homme libre [...]»* (cf. ibid. p. 23).

A cela s'ajoute que ce médecin est le seul à avoir retenu que les fractures vertébrales du recourant n'étaient pas consolidées. Appelés à trancher cette question, les Drs I._____ et B._____ - rejoints en cela par le Dr X._____ (cf. rapport du 16 avril 2009 p. 1) - ont rejeté le

diagnostic de l'expert M._____, au terme d'une analyse complémentaire détaillée et dûment motivée, en se référant notamment à un scanner effectué le 18 juin 2007 (cf. let. E.c supra), soit à une date postérieure à l'examen pratiqué par l'expert précité. Dans ces conditions, la Cour de céans ne voit pas de raison de préférer de l'appréciation du Dr M._____ à l'avis des spécialistes de l'Hôpital K._____, repris par le Dr X._____.

Par ailleurs, il apparaît que le rapport d'expertise du Dr M._____ comporte des indications pour le moins contradictoires quant à l'évaluation de la capacité de travail du recourant. En effet, l'expert a tout d'abord considéré que, d'un point de vue certes théorique, avec *«un métier adapté, aujourd'hui comme hier, M. C._____ pourrait avoir une capacité de travail entière»* (cf. rapport d'expertise du 23 février 2007 p. 23), avant de conclure qu'au *«terme de la présente expertise, on ne p[ouvait] malheureusement rien dire de la capacité de travail de M. C._____»* (cf. ibid. p. 27). Force est d'admettre que cette contradiction dans le corps même du rapport d'expertise incite à faire preuve d'une certaine circonspection quant aux conclusions de ce spécialiste.

Il s'avère enfin que le Dr M._____ a largement pris position quant à la manière dont la réadaptation professionnelle de l'assuré devait être envisagée, indiquant que *«[q]uoi qu'il en soit, on ne fera pas reprendre à M. C._____ une activité professionnelle qu'il n'aurait pas agréée; est c'est en le considérant comme le juge le plus haut placé, de tout ce qu'on fait et tout ce qu'on doit encore faire pour le réhabiliter qu'on ira le plus vite et le plus sûrement pour lui et son avenir. [...] notre blessé devra être testé, dans 2 ou 3 des 4 ou 5 métiers qui lui ont paru les moins inadaptés à sa situation; et, cette fois-ci, ce sera à lui de dire, chaque fois son appréciation, ses critiques et ses commentaires [...] afin que finalement on le soutienne au mieux, dans la voie qu'il se serai choisie [...]»* (cf. ibid. p. 28 s.). Or, la tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1), et non pas à dicter aux autorités

compétentes la manière de procéder pour inciter à un assuré à réintégrer le circuit économique.

Il résulte de ce qui précède que le rapport d'expertise du Dr M._____ du 23 février 2007 ne satisfait pas aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante (cf. consid. 4b supra), et qu'il ne peut dès lors l'emporter sur l'appréciation du Dr X._____.

cc) Dans son mémoire de recours du 15 avril 2010 (p. 4), l'assuré se prévaut par ailleurs du rendement de 15% à 25% évoqué par le directeur du centre ORIPH dans son rapport de synthèse du 20 juin 2006 (p. 6), lequel précisait toutefois que l'intéressé ne se trouvait à sa place de travail qu'entre 30% et 50% du temps (cf. rapport précité, loc. cit.), ce qui pourrait expliquer un rendement relativement bas. Ce point s'avère toutefois dénué de pertinence pour l'issue de la présente affaire, attendu que les données médicales l'emportent généralement sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, l'évaluation de l'invalidité de l'assuré ne pouvant reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans le rapport d'experts en matière professionnelle (cf. TF 8C_776/2009 du 19 juillet 2010 consid. 5.2 et réf. cit.).

d) Il s'avère donc que c'est à juste titre que l'OAI a retenu - conformément à l'avis du Dr X._____ - que le recourant disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6. Le recourant conteste, par ailleurs, le caractère adapté de l'activité de monteur exercée auprès de l'entreprise W._____ SA, alléguant d'une part avoir dû mettre un terme à cette occupation pour des motifs médicaux, et observant d'autre part n'avoir exercé le travail de monteur qu'à 50% avec un rendement de 90%.

Il convient tout d'abord de relever que les explications du recourant concernant son départ de la société W._____ SA ont varié au

fil du temps. En effet, l'intéressé a tout d'abord soutenu que son médecin lui défendait de travailler (cf. note téléphonique de la CNA du 9 février 2006), sans toutefois fournir le moindre certificat médical étayant ses dires. Par la suite, il a exposé qu'il ne souhaitait pas occuper un tel travail toute sa vie, que du reste la place en question était temporaire et non pas stable, et qu'il préférait tenter une reconversion professionnelle comme dessinateur par l'entremise de l'AI (cf. rapport d'entretien de la CNA du 17 février 2006 p. 2), respectivement que l'activité en question ne correspondait pas à son niveau de compétence (cf. note de l'OAI du 11 juillet 2006). Ultérieurement, l'intéressé est revenu sur ses dires, pour prétendre qu'il avait été contraint de cesser sa collaboration avec W. _____ SA pour des motifs médicaux (cf. objections du 18 novembre 2009 et mémoire de recours du 15 avril 2010). L'inconstance des explications de l'assuré ne permet pas de déterminer les réels motifs qui l'ont poussé à quitter la société précitée.

Par ailleurs, s'il est vrai que le taux d'activité s'est tout d'abord élevé à 100% avant de diminuer à 50%, l'assuré ne supportant pas un horaire complet (cf. rapport d'entretien de la CNA du 24 janvier 2006), il convient de rappeler que le poste en cause s'inscrivait dans le contexte d'une activité thérapeutique occupationnelle, visant à permettre la réintégration professionnelle progressive de l'intéressé (qui n'avait plus occupé de place de travail stable depuis près de deux ans et demi), et que l'effet thérapeutique devait donc dans un premier temps primer sur le rendement (cf. lettre de la CNA du 21 décembre 2005); ces différents facteurs laissent à penser qu'une augmentation graduelle du taux de travail aurait pu être envisagée à terme (cf. également propos de l'assuré selon lesquels *«si on l'engage[ait], il esp[érait] pouvoir par la suite augmenter durablement son horaire, une fois accoutumé à la situation»* [cf. rapport d'entretien de la CNA du 24 janvier 2006]). Quant au rendement de 90%, celui-ci était dû à l'inexpérience de l'intéressé, et aurait rapidement pu atteindre 100% après un ou deux mois de travail (cf. note d'entretien de la CNA du 17 février 2006).

C'est enfin le lieu de relever que l'activité de monteur proposée par W._____ SA a été jugée adaptée tant par l'assurance-invalidité que par l'assurance-accidents (cf. à cet égard la prise de position du Dr S._____ du 24 février 2006 p. 2; cf. également les écritures de l'OAI du 12 octobre 2009).

Il ressort de ce qui précède qu'en l'état du dossier, la Cour de céans ne dispose d'aucun élément concret démontrant que le poste de monteur proposé par W._____ SA n'était pas adapté. Cette problématique peut toutefois demeurer indécise en l'occurrence, dès lors qu'elle n'a pas d'incidence sur l'issue de la présente affaire, singulièrement sur la détermination du revenu avec invalidité (cf. consid. 7b infra).

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

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de

l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2).

Le revenu d'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 notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4c). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des

assurances sociales ne peut substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6 p. 81).

b) En l'espèce, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente pour procéder à la comparaison des revenus, soit en l'occurrence 2004 (délai d'attente d'une année [cf. art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, correspondant à l'actuel art. 28 al. 1 let. b LAI]).

S'agissant du revenu de valide, lequel n'est pas contesté par le recourant, l'OAI a retenu un montant de 67'371 fr., conformément aux indications figurant dans le questionnaire pour l'employeur complété par l'atelier mécanique A. _____ le 26 octobre 2004 (cf. également courrier de la CNA du 23 février 2006).

En ce qui concerne le revenu d'invalidé, la décision attaquée se base sur un montant de 62'000 fr., correspondant vraisemblablement au revenu que l'assuré aurait pu escompter à terme en travaillant comme monteur auprès de l'entreprise W. _____ SA. L'OAI n'explique toutefois pas les calculs lui permettant d'avancer un tel montant, de sorte que la Cour de céans ne peut se prononcer en toute connaissance de cause sur le sujet. Ce point n'est toutefois pas décisif. En effet, si l'on se réfère à la méthode usuelle basée sur les données statistiques résultant de l'ESS 2004 (cf. consid. 7a supra), il apparaît que le salaire de référence auquel pouvaient prétendre en 2004 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé s'élevait à 4'588 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4). Quoiqu'en pense le recourant et même s'il présente des atteintes à sa santé, ce secteur offre un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées pour qu'un certain nombre d'entre elles lui soient immédiatement accessibles (cf. dans ce sens TF 9C_146/2010 du 30 août 2010 consid. 3). Ce salaire représente - compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises

en 2004 (41,6 heures [La Vie économique 10-2006, p. 90, tableau B9.2]) – un revenu d'invalidé de 4'771 fr. 52 par mois (4'588 fr. x 41,6 : 40 heures), soit 57'258 fr. 24 par année. A ce salaire, il faut encore d'appliquer un facteur de réduction qu'il convient en l'occurrence de fixer à 10%, pour tenir compte des limitations fonctionnelles somatiques présentées par le recourant – dont la longue absence du circuit économique n'est pas susceptible d'entrer en ligne de compte dans le présent contexte, l'intéressé ne pouvant tirer argument de l'écoulement du temps durant lequel il n'a pas tenté de réduire son dommage, pour prétendre ensuite à une rente d'invalidité; de même, le taux d'occupation ne constitue pas un critère pertinent en l'espèce, au vu de la capacité entière de travail retenue dans une activité adaptée (cf. mémoire de recours du 15 avril 2010 p. 5). Au final, le revenu avec invalidité déterminant s'élève ainsi à 51'532 fr. 42.

Si l'on compare le revenu d'invalidé de 51'532 fr. 42 avec celui sans invalidité de 67'371 fr., il résulte une perte de gain de 15'838 fr. 58 correspondant à un degré d'invalidité de 23,5% ($15'838 \text{ fr. } 58 / 67'371 \text{ fr. } \times 100$), inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI.

Il est vrai que l'on pourrait se demander s'il ne serait pas plus approprié de calculer le revenu avec invalidité sur la base du salaire de référence de 5'550 fr. prévu par l'ESS 2004 pour les activités nécessitant des connaissances professionnelles spécialisées (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 3). En effet, le recourant est titulaire d'un CFC de mécanicien et, selon les informations recueillies par l'OAI, il ne devrait pas rencontrer de difficultés particulières pour retrouver un emploi analogue à celui qu'il occupait auprès de l'entreprise W. _____ SA (cf. let. E.f supra). Dans ce cas, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41,6 heures) et d'un abattement de 10%, le revenu annuel avec invalidité devrait être estimé à 62'337 fr. 60. La Cour de céans peut toutefois s'abstenir de trancher cette question, qui demeure sans incidence sur l'issue de la cause (cf. consid. 6b/cc infra). En effet, après comparaison du revenu avec invalidité de 62'337 fr. 60 avec celui sans invalidité de 67'371 fr., il apparaît que le préjudice économique

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

8. Le droit au reclassement dans une nouvelle profession suppose que l'atteinte à la santé entraîne une perte de gain d'une certaine importance, soit une perte de gain durable de 20% environ dans toute activité exigible et qui ne nécessite pas une formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 110 c. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 c. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 c. 4; TFA I 238/00 du 2 novembre 2000; VSI 2000 p. 64 c. 1; VSI 2000 p. 196; TAss VD du 28 octobre 1999, AI 90/99 - 37/2000). Un taux égal ou supérieur à 20% n'ouvre toutefois pas automatiquement droit à des mesures professionnelles, dans la mesure où il y a lieu de prendre en compte les capacités d'apprentissage de l'intéressé, ses aptitudes et sa motivation en particulier ainsi que les professions qui lui sont ouvertes et qu'il pourrait exercer immédiatement sans réadaptation (ATF 130 V 163 c. 4.3.3; 124 V 109 c. 2a; TFA I 330/05 du 25 janvier 2006).

En l'occurrence, il résulte du dossier que, sous réserve d'une éventuelle période de mise au courant auprès d'un employeur potentiel, le recourant est à même de pouvoir réintégrer le monde du travail sans formation complémentaire (cf. rapport final de l'OAI du 15 juillet 2009). Preuve en est que l'intéressé s'est vu proposer un emploi - certes temporaire, mais qui aurait pu déboucher sur un engagement durable (cf. rapport d'entretien de la CNA du 17 février 2006 p. 2) - auprès de l'entreprise W._____ SA en février 2006. Au vu de la jurisprudence précitée, force est de constater que le recourant ne peut, dès lors, prétendre à la mise en œuvre d'un reclassement professionnel. Tout au plus convient-il de rappeler que l'intéressé s'est vu proposer une aide au placement, mesure dont il lui était loisible de faire usage (cf. décision de l'OAI du 12 mars 2010, p. 2).

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

la capacité de travail résiduelle de l'intéressé n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, une telle expertise ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

10. a) En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours formé par C._____ le 15 avril 2010 est rejeté.

II. La décision rendue le 12 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Patrick Mangold (pour le recourant),
- 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 :