

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mars 2015

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Röthenbacher et Dessaux
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourant, représenté par Intégration Handicap,
Me Jean-Marie Agier, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 et 16 LPGA ; art. 28a LAI.

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant italien né en 1953, est entré en Suisse en 1971 pour exercer une activité lucrative et y est domicilié depuis 1972. Il a obtenu un certificat fédéral de capacité (CFC) de menuisier en 1985.

Il a été engagé à plein temps en cette qualité par l'entreprise de menuiserie d'art X._____SA à compter du 21 octobre 2002.

Atteint durablement dans sa santé et subissant une incapacité totale de travail dès mars 2005, respectivement août 2005, il n'a pas été en mesure de réintégrer son lieu de travail. Son cas a été pris en charge par l'assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur, la caisse maladie et accidents P._____.

B. Par dépôt du formulaire ad hoc le 2 février 2007 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI), à savoir un reclassement professionnel ou une rééducation dans la même profession. Il a précisé souffrir d'un « conflit sous-acromial douloureux présentant un status post-opératoire de la coiffe » depuis 1996.

L'OAI a sollicité le dossier constitué par l'assureur perte de gain en cas de maladie susmentionné, les informations salariales de la menuiserie X._____SA, ainsi que des rapports des médecins traitants de l'assuré.

Le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué le 20 février 2007 que son patient souffrait des suites d'une « réparation d'une grosse rupture de coiffe de l'épaule D [réd. : droite] », une incapacité totale de travail ayant été prononcée dès le 30 août 2005. Il a par ailleurs précisé que l'assuré n'était plus en mesure de reprendre son activité professionnelle de menuisier au vu de ses limitations

fonctionnelles, impliquant l'exclusion du « port de charges de quelques kilos ou des travaux répétitifs avec les MS [réd. : membres supérieurs] ». En revanche, une activité adaptée, telle qu'un travail de bureau « sans aucun effort physique avec les MS », demeurait à son sens possible à un taux de 100%.

Quant au médecin généraliste traitant de l'assuré, le Dr G._____, il a complété son rapport à l'OAI le 13 mars 2007 et mis en exergue les diagnostics suivants affectant son patient :

- Status post-réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite en 1996.
- Status post-réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche en 2000.
- Status post-acromioplastie de décompression de l'épaule G [réd. : gauche] en mars 2005 avec reprise en septembre 2005 pour nouvelle rupture du tissu réparé (deuxième opération à foyer ouvert).
- Ostéosynthèse du tibia droit en 1984.
- Hernie hiatale diagnostiquée en 2006.
- Status post-amputation de la phalange distale de l'index gauche.
- Hyperlipidémie traitée.

Il a fait mention d'une incapacité totale de travail du 8 mars 2005 au 4 juillet 2005, réitérée sans interruption depuis le 6 septembre 2005, et signalé que l'assuré ne pouvait exercer son activité professionnelle de menuisier exigeant le « port de charges dépassant ses capacités résiduelles », ni une quelconque activité « avec les bras élevés au-dessus des épaules » qui requérait « des mouvements répétés » ou des « à-coups » et des « frappes sur les épaules ». Il a relevé également des douleurs de la cheville droite en fonction des sollicitations. Cela étant, dans une activité adaptée « sans port de charges en positions variables », un taux d'activité de 100% était envisageable.

Le questionnaire pour l'employeur, complété par X._____, SA le 11 avril 2007 a fait état de la résiliation des rapports de travail avec effet au

31 mars 2006 et mentionné que l'assuré aurait été susceptible de réaliser un salaire horaire de 29 fr. 45 dès le 1^{er} janvier 2007.

C. Après examen de la situation et entretien avec l'assuré, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a mis en œuvre une mesure d'observation professionnelle dispensée par le Centre C._____ à [...] selon communications des 17 octobre 2007 et 29 janvier 2008. A l'issue de cette mesure, il a été constaté qu'une activité de gestionnaire du commerce de détail paraissait a priori adaptée à l'état de santé et aux capacités de l'assuré (cf. rapport du 26 février 2008 du Service de réinsertion professionnelle de l'OAI).

Toutefois, compte tenu de la survenance d'un gonflement de la cheville droite de l'assuré, le Dr D._____ a précisé, dans un rapport intermédiaire adressé à l'OAI le 18 mars 2008, que la position debout toute la journée constituait une limitation fonctionnelle supplémentaire, ce qu'a confirmé le Dr F._____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : le SMR) dans un avis du 1^{er} avril 2008.

Dès lors, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle d'une durée de trois mois sous l'égide du Centre C._____ et l'a enjoint de renoncer à l'activité de gestionnaire du commerce de détail (cf. rapport du Service de réinsertion professionnelle de l'OAI du 1^{er} avril 2008 et communication du 7 avril 2008).

Au terme de cette nouvelle mesure, comprenant notamment un stage dans le secteur de la bureautique, le Centre C._____ a proposé l'organisation en son sein d'une formation de deux ans en vue de l'obtention d'une attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) en bureautique avec option « comptabilité », dans un rapport du 3 juillet 2008. Cette suggestion a été avalisée par le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI le 7 juillet 2008.

D. Par communications des 10 juillet 2008 et 6 novembre 2008, l'OAI a dès lors mis l'assuré au bénéfice d'un reclassement professionnel

au sens de l'art. 17 LAI, soit une formation d'assistant de bureau dans le secteur de la comptabilité dispensée par le Centre C._____ à [...].

Au terme de la première année de formation en tant qu'assistant de bureau, au vu de la lenteur de l'assuré et de ses lacunes en mathématiques et comptabilité, l'option « comptabilité » a été abandonnée pour lui permettre de se consacrer à la maîtrise des outils informatiques (cf. rapports du Service de réinsertion professionnelle de l'OAI du 2 juillet 2009 et du Centre C._____ du 7 juillet 2009).

Au cours de la seconde année de formation, l'assuré a été victime de problèmes cervicaux lui occasionnant maux de tête et vertiges, lesquels ont requis un arrêt de travail à hauteur de 50% dès le 24 août 2009 jusqu'au 2 novembre 2009, date à laquelle l'activité a pu être reprise à 70% (cf. certificats médicaux établis par le Dr K._____, médecin généraliste de l'assuré).

A la demande de l'OAI, le Dr K._____ a complété un rapport médical en date du 10 novembre 2009, rappelant les problématiques affectant les membres supérieurs de l'assuré. Il a ajouté que son patient se plaignait « de céphalées, de vertiges, de bourdonnements d'oreilles lors de la mobilisation de la colonne cervicale et des douleurs aux pieds avec œdème lors de la position debout prolongée », précisant que « les mouvements de la colonne cervicale [étaient] effectivement limités par la douleur », tandis que « les mouvements du pied [étaient] libres et indolores ». Il a estimé une capacité de travail résiduelle limitée à 50%.

Sollicité pour avis, le Dr F._____ du SMR a considéré le 29 janvier 2010 que les limitations supplémentaires relatées par le Dr K._____ s'avéraient compatibles avec une activité d'assistant de bureau et n'affectaient en conséquence pas l'exigibilité médicale de l'exercice de celle-ci à 100%.

La capacité de travail de l'assuré a été portée durablement à 60% dès le 1^{er} février 2010 selon de nouveaux certificats médicaux du Dr K._____, tandis que le Centre C._____ a confirmé à l'OAI le 17 mai 2010 que l'assuré subissait une baisse importante de rendement en raison d'une « capacité d'attention diminuée et d'une lenteur d'exécution » dans le contexte de la limitation de sa capacité de travail.

Ledit centre a adressé son rapport de synthèse à l'OAI le 28 juin 2010, relatant notamment ce qui suit :

« [...] [L'assuré] reste toujours motivé par sa formation, mais nous sommes malheureusement obligés de constater que cette motivation ne suffit pas. En effet, il reste très lent et nous ne notons pas d'amélioration quant à son rendement. Au mois de juin 2009, nous avons estimé ce dernier à 60% et nous maintenons cette estimation au terme de la formation.

Selon certificat médical, [l'assuré] a assumé un taux d'activité de 60% de moyenne dès le mois de septembre 2009. Malgré ce pourcentage réduit, son rendement ne s'est pas amélioré. Ce taux d'activité réduit est essentiellement dû au fait que votre assuré souffre de maux de tête de manière régulière, ce qui engendre une capacité d'attention fortement diminuée.

[...] [L'assuré] parvient au terme de sa formation d'assistant de bureau et devrait obtenir sa certification AFP. Selon votre assuré, les examens se sont bien passés. Les résultats vous parviendront avant la fin de ce mois.

Actuellement des examens médicaux sont en cours. Au vu de l'évolution de la situation médicale relatée ci-dessus, votre office a mandaté le SMR afin de statuer sur un nouveau taux d'activité exigible. En effet, [l'assuré] possède une capacité de travail attestée médicalement de 60% alors qu'il devrait, selon l'avis du SMR du mois de janvier 2010, être en mesure d'exercer une activité adaptée à temps plein.

Comme mentionné dans notre précédent rapport, le rendement observé est de 60%, en raison de capacités d'attention fortement diminuées et d'une lenteur d'exécution.

Afin d'améliorer les chances de réinsertion de [l'assuré], nous sollicitons de votre Office des mesures d'aide au placement. Des informations obtenues en synthèse, il ressort que votre coordinateur en placement prendra contact avec [l'assuré] dès que possible. »

Le Dr K._____ a fait parvenir un rapport intermédiaire en date _____ du 29 juin 2010, exposant que l'assuré avait été revu notamment par le Dr D._____, lequel avait diagnostiqué une « tendinopathie de l'épaule gauche, suite à l'intervention de 2005 ». Par ailleurs, ont été relatées des « céphalées tensionnelles en rapport avec une activité intellectuelle à

rendement faible, chez un patient qui [avait] pratiqué toute sa vie une activité physique ». Enfin, le Dr K. _____ a indiqué avoir soumis l'assuré à une évaluation neuropsychologique, réalisée le 22 avril 2010 par Madame L. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie. Il a repris les conclusions de cette évaluation en ces termes :

« [...] Les examens montrent une capacité attentionnelle légèrement inférieure à celle attendue d'une personne de son âge avec performance faible dans la rétention d'informations verbales. Aussi, le rendement de sa nouvelle orientation professionnelle est faible. Afin d'éviter le développement d'une dépression sévère et d'une polyinsertionite chez ce patient, par ailleurs motivé, la capacité de travail, dans une activité adaptée, serait de 50 à 60% [...]. »

L'assuré a réussi l'examen de fin d'apprentissage selon le bulletin communiqué le 23 juin 2010 par la Direction générale de l'enseignement postobligatoire du canton de Vaud et a quitté le Centre C. _____ dès le 31 juillet 2010.

Dans l'intervalle, par avis du 6 juillet 2010, le Dr W. _____, médecin au SMR, a maintenu l'exigibilité médicale de 100% définie précédemment.

En date du 12 juillet 2010, considérant que l'assuré était doté d'une capacité de travail de 100% en tant qu'assistant de bureau, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé à la détermination des revenus hypothétiques réalisables sans et avec invalidité. Il a retenu que le revenu sans invalidité s'élevait à 69'625 fr. 10 selon le rapport de l'employeur du 11 avril 2007 et que, fort d'une AFP, même sans expérience, l'assuré pouvait prétendre à un salaire maximal de 59'410 fr. selon les Recommandations salariales de la Société suisse des employés de commerce (ci-après : SEC).

E. L'OAI a émis un premier projet de décision en date du 19 juillet 2010, constatant la réussite des mesures professionnelles et reprenant les éléments salariaux cités supra. Il a constaté que le degré d'invalidité résultant de la comparaison des revenus s'élevait à 14,67%, ce qui excluait le droit à une rente d'invalidité. Au surplus, une communication

datée du même jour a accordé à l'assuré le bénéfice d'une mesure d'aide au placement sous forme d'orientation professionnelle et de soutien à la recherche d'emploi.

Le 10 août 2010, après avoir pris connaissance du rapport d'évaluation neuropsychologique établi par Madame L. _____ le 6 mai 2010, transmis par l'assuré, le Dr W. _____ du SMR a rendu une nouvelle appréciation retenant que l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée était limitée à 60%.

Par écriture du 18 août 2010, l'assuré a exposé que si son taux d'occupation avait certes été de 60% durant sa seconde année de formation professionnelle, il convenait également de déduire une diminution de rendement de 60% sur ce temps de travail. Il a au surplus réclamé une décision formelle en vue de sa transmission aux organes de l'assurance-chômage.

Le Dr K. _____ a adressé un courrier au SMR daté du 28 octobre 2010, où il a relevé que la capacité de travail de son patient dans sa nouvelle orientation se montait à son sens à 40% et fourni les précisions suivantes :

« [...] Durant sa formation, [l'assuré] a été confronté à des situations qui mettent en évidence ses difficultés d'adaptation. En effet, devant des activités multiples, le patient n'arrive pas à enchaîner une tâche après une autre et ceci représente un facteur de stress sévère ce qui induit des symptômes neuro-végétatifs à type de céphalées tensionnelles et une anxiété panique. Le trouble apparaît habituellement dans les minutes qui suivent la survenue du stimulus et provoque un rétrécissement de la concentration et de l'attention, ce qui rend le rendement de son travail déficient. [...] »

Sur questions du Dr F. _____ du SMR, le Dr K. _____ a précisé par pli du 5 janvier 2011 que les diagnostics nouveaux justifiant les limitations fonctionnelles étaient une « capacité attentionnelle diminuée » et une « performance faible dans la rétention d'informations ». Il a précisé que l'assuré était pris en charge par Madame L. _____ sur le plan neuropsychologique et que des limitations fonctionnelles psychiques devaient être prises en compte, en sus de celles physiques afférentes à

l'usage des membres supérieurs, à savoir un « trouble de l'attention », une « diminution de la capacité attentionnelle et de la performance dans la rétention de l'information ». Il a conclu à une capacité de travail de 50% dans la nouvelle activité de l'assuré, sous suite d'une réduction de 10% pour le temps consacré à ses recherches d'emploi.

Le SMR, par l'intermédiaire du Dr F._____, s'est prononcé une nouvelle fois le 27 janvier 2011, relevant que le Dr K._____ n'apportait aucun élément nouveau sur le plan médical, le temps devant être libéré aux fins de recherche d'un emploi se trouvant sans pertinence dans la détermination de la capacité de travail résiduelle. Il a en conséquence maintenu une exigibilité de 60% dans l'exercice d'une activité adaptée.

L'assuré a fait parvenir à l'OAI un certificat, établi le 11 novembre 2011, par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a fait part d'une incapacité de travailler à 60% dès le 1^{er} novembre 2011. En outre, après consultation du dossier médical de l'assuré, ce praticien s'est adressé au SMR par correspondance du 25 novembre 2011, libellée en ces termes :

« [...] Le médecin soussigné atteste que [l'assuré] a entrepris une démarche à notre cabinet médical du 03.11.2011 pour obtenir soutien et conseil dans une phase de sa vie où il continue à déployer des efforts pour trouver un travail adapté selon les limitations bien documentées au dossier médical AI que j'ai parcouru.

A présent il est venu nous solliciter [pour] avis quant à son aptitude de travail face à votre conclusion du 27.01.11 de l'exigibilité médicale de 60% dans une activité adaptée.

Lors de l'examen clinique du 03.11, 11.11 et 25.11, je constate la présence des signes cliniques suivants [...]: ralentissement psychomoteur, baisse de l'élan vital, sentiments de dévalorisation et d'auto-dépréciation. Je remarque notamment une anxiété constante quant à sa possibilité de trouver sa place dans une activité de bureau, en se comparant aux collègues qui « fusillent de leurs doigts le clavier de l'ordinateur ».

Le fait médical nouveau est le diagnostic F43.2 Trouble de l'adaptation et F48.9 Trouble névrotique sp. [réd.: sans particularités] dès nov. 2011. Ces deux diagnostics ensemble avec tout le contexte connu, justifient, à mes yeux, une exigibilité médicale de travail à un taux de 40% seulement, dès le 01.11.11.

Je vous prie de convoquer l'assuré ou d'ordonner une expertise le cas échéant. La projection dans l'avenir de [l'assuré] comporte une

vie avec un travail adapté à 40% et la protection des prestations d'assurance à 60% d'invalidité. [...] ».

Par avis médical du 6 janvier 2012, le Dr F. _____ du SMR s'est déterminé comme suit sur l'appréciation du Dr M. _____ :

« [...] Un trouble de l'adaptation, dans la mesure où il s'agit par définition d'un trouble de l'humeur, correspondant à un trouble dépressif léger, en réaction à un facteur de stress psychosocial ne présentant pas un caractère inhabituel ou catastrophique, ne justifie habituellement aucune incapacité de travail durable. Par conséquent, on ne peut pas admettre pour ce motif une incapacité de travail de 60%.

Le Dr M. _____ justifie l'incapacité de travail par un ralentissement psychomoteur, une baisse de l'élan vital, des sentiments de dévalorisation et d'auto-dépréciation. Ce sont sur la base de ces mêmes arguments que l'exigibilité a été fixée à 50-60% par la psychologue à la suite de son examen et que le stage à l'Centre C. _____ a confirmé un rendement de 60%.

En l'absence d'arguments médicaux jetant un doute sérieux sur l'exigibilité déterminée par un examen psychologique et confirmée par un stage, nous devons maintenir une exigibilité de 60% dans une activité adaptée. »

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a mis fin à la mesure de placement en faveur de l'assuré, compte tenu de son insuccès, en _____ date _____ du 26 janvier 2012. Il a déterminé un revenu d'invalidé exigible de 35'646 fr. sur la base des Recommandations salariales de la SEC, ce qui permettait de conclure à un degré d'invalidité de 49% après comparaison avec un revenu sans invalidité de 69'625 francs. Le dossier de l'assuré a au surplus été transmis au Service juridique de l'OAI pour avis.

Ce dernier a relevé, en date du 2 mai 2012, que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis le 24 août 2009 et que sa capacité de travail était depuis lors restreinte à 60%, selon l'avis médical final du SMR. Ce constat, résultant de nouvelles atteintes à la santé, entraînait l'ouverture d'un délai de carence spécifique prenant fin en août 2010, soit précisément à l'issue du reclassement professionnel de l'assuré, durant lequel il avait au demeurant perçu des indemnités journalières. Le droit à une prestation sous forme de rente ne pouvait donc être ouvert que dès le 1^{er} août 2010. Le Service juridique de l'OAI a en outre proposé la

clarification des données salariales communiquées par X. _____ SA quant à la prise en compte éventuelle de vacances et d'un treizième salaire dans le tarif horaire indiqué par cette société, avant de calculer définitivement le préjudice économique subi par l'assuré.

Sur questions de l'OAI du 7 mai 2012, X. _____ SA a précisé que le salaire horaire réalisable par l'assuré en 2010 serait de 31 fr., montant ne tenant compte ni des vacances, ni d'un treizième salaire.

Fondé sur ces éléments, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a mis à jour en date du 30 août 2012 un revenu hypothétique sans invalidité de 73'628 fr. 10, valable pour l'année 2010.

F. L'OAI a dès lors établi le même jour un second projet de décision, où compte tenu d'une capacité de travail réduite de 60% dans une activité adaptée, telle que celle d'aide de bureau, il a retenu un préjudice économique de 37'982 fr. 10, correspondant à un degré d'invalidité de 51,58%. Il a pris en considération le revenu sans invalidité mentionné ci-dessus et au titre de revenu d'invalidité exigible, le montant de 35'646 fr. ressortant des Recommandations salariales de la SEC pour un assistant de bureau âgé de 55 à 59 ans. Il a ainsi octroyé une demi-rente d'invalidité à l'assuré, servie dès le 1^{er} août 2010, non sans rappeler que le délai de carence des suites de l'aggravation présentée en août 2009 ne pouvait être échu avant août 2010 et que le droit à une rente ne pouvait de toute façon être ouvert pendant la période de reclassement professionnel durant laquelle des indemnités journalières avaient été dûment octroyées.

Par acte du 19 septembre 2012 de son mandataire, Me Jean-Marie Agier, l'assuré a contesté ce projet de décision, soulignant ne pas être en mesure d'exercer une activité lucrative à 60%, mais uniquement à 40% selon les rapports du Dr M. _____ et du Centre C. _____. Cela étant, il a relevé que même si une capacité de travail de 60% devait être maintenue, un degré d'invalidité minimal de 60% pourrait lui être reconnu, étant donné qu'un salaire limité à 29'640 fr., en qualité d'aide de bureau

débutant selon les Recommandations salariales de la SEC, pouvait être qualifié de revenu d'invalidé. A son sens, un employeur n'était en effet pas susceptible de l'engager dans une activité de bureau à un salaire supérieur à celui réalisable par une personne jeune en fin de formation, pour laquelle la SEC prévoyait à plein temps un revenu annuel de 49'000 francs.

L'OAI a pris position sur ces arguments dans une correspondance du 18 janvier 2013. Sur le plan médical, il a maintenu l'avis du SMR quant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à 60%, privilégiant l'appréciation neuropsychologique de Madame L. _____ et les observations consignées par le Centre C. _____. Sous l'angle économique, l'OAI a confirmé avoir retenu à bon droit le revenu minimal ressortant des données de la SEC pour la tranche d'âge 55-59 ans, au vu de l'expérience professionnelle passée de l'assuré. Il a précisé qu'indépendamment de cette remarque, le recours aux ESS pour déterminer le revenu d'invalidé - soit in casu 31'193 fr. 90 - ne permettrait pas de dégager un degré d'invalidité ouvrant le droit à trois quarts de rente. Il a en conséquence confirmé la teneur de son projet de décision du 30 août 2012, soulignant qu'une décision formelle fixant le montant de la demi-rente d'invalidité serait notifiée par l'intermédiaire de la caisse de compensation compétente.

Dite décision, conforme au projet de décision précité, est intervenue le 7 mars 2013.

G. L'assuré, représenté par son conseil, a déféré la décision du 7 mars 2013 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 19 mars 2013. Il a repris les griefs précédemment soulevés en lien avec la capacité de travail retenue, mettant derechef en exergue _____ l'appréciation _____ du Dr M. _____, ainsi que les observations consignées par le Centre C. _____. Contestant par ailleurs le revenu d'invalidé retenu dans son cas, il a indiqué avoir débuté une activité bureautique au sein de l'atelier protégé T. _____, réalisant dans ce contexte un revenu annuel de 7'123

fr. 20. Était au demeurant joint un tirage du contrat de travail conclu entre le recourant et cet atelier en date du 13 mars 2013 pour une activité à 50% rémunérée à hauteur de 6 fr. de l'heure. L'assuré a fait valoir que ce revenu concret devait fonder l'évaluation de son invalidité pour aboutir à un degré de 90%, puisque tant l'OAI que les organes de l'assurance-chômage n'avaient pas été susceptibles de lui procurer un emploi de bureau sur le marché ordinaire du travail. En outre, même si ce revenu concret devait être écarté, il ne lui apparaissait pas soutenable de prendre en compte le revenu pouvant être dégagé dans un emploi de bureau par une personne âgée de plus de 55 ans. A son sens, il convenait de considérer celui d'un assistant de bureau débutant, ascendant au maximum à 49'000 fr. par année, soit 29'400 fr. pour un taux d'activité de 60%. Après comparaison avec le revenu sans invalidité de 73'628 fr. 10, un degré d'invalidité de 60% ouvrant le droit à trois quarts de rente devait lui être reconnu. Il a en définitive conclu principalement à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à trois quarts de rente d'invalidité.

L'intimé a produit sa réponse le 8 mai 2013, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision du 7 mars 2013. Il s'est référé pour l'essentiel à la teneur de sa correspondance du 18 janvier 2013 à l'attention de l'assuré.

En date du 27 mai 2013, relevant la brièveté de la réponse de l'OAI, le recourant a persisté dans les conclusions précédemment communiquées.

E n d r o i t :

1.

1.1 Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations

expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

1.2 La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et 83b LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

1.3 Le recours interjeté le 19 mars 2013 contre la décision de l'OAI du 7 mars 2013 a été formé en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Est litigieux in casu le taux d'invalidité du recourant, fixé à 51,58% (soit 52%) par l'intimé des suites de la comparaison des revenus.

Singulièrement, l'assuré conteste la capacité de travail de 60% basant la fixation du revenu d'invalidé, cette dernière devant être restreinte à 40% au vu de l'appréciation du Dr M. _____ et du fait de la baisse de rendement qui aurait été observée à compter d'août 2009 durant la formation dispensée auprès du Centre C. _____.

S'agissant spécifiquement de la comparaison des revenus, le recourant ne soulève aucun argument remettant en question le revenu hypothétique sans invalidité déterminé par l'intimé. En revanche, il estime que le revenu d'invalidé, fixé au moyen des Recommandations salariales de la SEC pour un employé de bureau âgé entre 55 et 59 ans, ne tient pas compte de son manque d'expérience dans son nouveau domaine de compétences, le revenu réalisable par une personne en fin de formation devant bien plutôt être pris en considération en l'occurrence. Soulignant toutefois le revenu réalisé concrètement auprès de l'atelier protégé T. _____, il estime que ce dernier doit être déterminant pour l'évaluation de son invalidité. Cas échéant, le droit à une rente entière devrait lui être reconnu.

Il appartiendra en conséquence à la Cour de céans de se prononcer tout d'abord sur la valeur probante des pièces médicales réunies dans le dossier du recourant, confrontées aux observations professionnelles concrètes, en vue de déterminer précisément la capacité résiduelle de travail susceptible de fonder l'évaluation de l'invalidité du recourant.

Ensuite, il conviendra de déterminer si cette évaluation, telle qu'opérée par l'intimé, est conforme au droit.

3.

3.1 En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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 (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 si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

3.2 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 256 consid. 4 ; TF [Tribunal fédéral] 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert

soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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).

Par ailleurs, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

3.3 Il appartient en définitive avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci (ATF 107 V 17 consid. 2b).

Cela étant, au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle, on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il

incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (TF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1 in : SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; 9C_833/2007 du 4 juillet 2008 in : Plädoyer 2009/1 p. 70 ; TFA I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références in : Plädoyer 2004/3 p. 64).

4. En l'espèce, dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations AI formulée par le recourant, l'OAI a sollicité les rapports circonstanciés de ses médecins traitants, les Drs D._____ et K._____, lesquels ont produit également les résultats des examens conduits auprès de l'assuré. En outre, le psychiatre traitant consulté en novembre 2011, le Dr M._____, a renseigné le SMR sur ses observations cliniques depuis sa prise en charge.

Sur le plan somatique, il ressort de ces documents que les principaux diagnostics posés, susceptibles de justifier une incapacité de travail dans l'activité habituelle de menuisier, sont ceux de « status post-réparation de la coiffe des rotateurs des épaules droite et gauche », « status post-acromioplasties de décompression de l'épaule gauche », « tendinopathie de l'épaule gauche » et de « céphalées tensionnelles ». Ces atteintes entraînent, au titre de limitations fonctionnelles, l'exclusion du port de charges, les mouvements des membres supérieurs répétés ou par à-coups, ainsi qu'au-dessus des épaules, de même qu'une capacité attentionnelle diminuée et une faible performance en lien avec la rétention d'informations (cf. rapports du Dr K._____ du 13 mars 2007, 10 novembre 2009 et 29 juin 2010, ainsi que de Madame L._____ du 6 mai 2010).

Vu ces éléments, il est incontestable et d'ailleurs incontesté que l'assuré n'est plus en mesure de reprendre son ancienne activité de menuisier, ni une quelconque activité lourde.

Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telle qu'attestée en particulier par le Dr

K._____ sur la base des examens spécialisés, ce dernier a d'abord indiqué un taux de 100% . Dès août 2009, ce praticien a envisagé 50% au terme de son rapport du 10 novembre 2009, puis établi des certificats médicaux portant dite capacité à 60% dès le 1^{er} février 2010. Dans un rapport subséquent du 29 juin 2010, il a ensuite retenu l'appréciation de la neuropsychologue L._____ évoquant une exigibilité de 50 à 60%, avant de préconiser un taux de 40% dans son courrier au SMR du 28 octobre 2010. Sur questions du Dr F._____, il a précisé le 5 janvier 2011 qu'un degré d'activité de 50% était exigible dans l'activité apprise d'assistant de bureau, une réduction de 10% se justifiant en sus pour permettre la recherche d'emploi.

Or, ainsi que l'a mis en évidence le Centre C._____ dans son rapport de synthèse du 28 juin 2010, l'assuré a été de facto en mesure d'assumer un taux d'activité de 60% dès août 2009 pour mener à bien sa formation professionnelle. Dès lors, force est de déduire que l'ultime appréciation théorique communiquée par le Dr K._____ ne correspond pas à la réalité objectivée par l'observation professionnelle, cet avis apparaissant davantage lié à la conviction du recourant d'être limité à un taux de 40% du fait d'une baisse de rendement additionnelle.

A cet égard, contrairement à ce que le recourant soutient, l'on ne voit pas que le Centre C._____ ait effectivement retenu une baisse de rendement supplémentaire - qui viendrait s'ajouter à la capacité résiduelle de travail de 60% attestée par les certificats de son médecin traitant au plus tard dès le mois de février 2010 - puisque les conclusions des responsables de formation reposent sur l'exigibilité médicale initiale, fixée à 100%. Leur estimation du rendement, fixé à 60% sous rubrique « Conclusion » du rapport de synthèse du 28 juin 2010, se confond, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec la capacité résiduelle de travail de 60%, retenue en définitive par le SMR à l'issue de son appréciation ultérieure.

Dans ce contexte, si les explications diagnostiques du Dr K._____ sont certes étayées, il n'en demeure pas moins que son appréciation fluctuante de la capacité de travail de son patient ne saurait être suivie. Comme l'a relevé à juste titre le Dr F._____ du SMR, le 27 janvier 2011, le Dr K._____ a manifestement pris en compte des aspects non strictement médicaux - tel que le temps consacré à la recherche d'un emploi - pour chiffrer l'exigibilité à un taux de 40%.

A l'instar du SMR et des constats objectifs communiqués par le Centre C._____, il convient de retenir sous l'angle somatique que l'assuré est effectivement doté d'une capacité résiduelle de travail de 60% dans sa nouvelle activité d'assistant de bureau, pour laquelle il a été à même de réussir une certification AFP.

Les éléments du registre psychique avancés par le Dr M._____ dès novembre 2011 ne sont par ailleurs pas susceptibles de modifier la capacité de travail exigible précitée. En effet, ainsi que l'a observé à juste titre le Dr F._____ dans son avis du 6 janvier 2012, l'on ne voit pas que les problèmes d'adaptation rencontrés par l'assuré soient d'une gravité telle qu'ils se répercutent sur sa capacité d'exercer sa nouvelle activité au taux de 60%. Qui plus est, ainsi que le relève le Dr F._____, une telle problématique ne saurait avoir d'incidence durable en termes de capacité de travail, alors que les constats cliniques du Dr M._____ rejoignent en définitive ceux de la neuropsychologue L._____ sans mettre en évidence de pathologie psychiatrique lourde.

En outre, l'on ajoutera que le recourant n'a produit aucun document médical nouveau à ce stade de la procédure qui ferait état d'une symptomatologie ou de diagnostics inconnus de l'administration. Au terme de son écriture de recours du 19 mars 2013, il n'a au surplus soulevé aucun grief sérieux quant à l'appréciation de la capacité de travail effectuée par le SMR, se limitant à rappeler brièvement l'avis du Dr M._____.

En définitive, il s'impose de retenir que l'appréciation de la capacité de travail du recourant communiquée par les responsables de la formation professionnelle et par son médecin traitant ne divergent pas sensiblement au point qu'un complément d'instruction médical s'avérerait nécessaire.

Une capacité de travail résiduelle de 60% dans une activité d'assistant de bureau est déterminante pour fonder l'évaluation de l'invalidité du recourant, ainsi que l'a prise en compte à juste titre le SMR dans l'avis médical final du 6 janvier 2012.

5.

5.1 En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative.

Aux termes de 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).

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes

du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

Est déterminant lors de la comparaison des revenus au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, l'assureur étant cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174 consid. 4a ; TFA I 440/01 du 22 août 2002).

5.2 Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il 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 129 V 222 consid. 4.3.1). Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre sa formation (ou son perfectionnement professionnel) ou si le marché du travail ne lui permet pas d'avoir une activité à plein temps l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir (ATF 131 V consid. 5.1.2 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2.). C'est pourquoi par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre ce qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il

faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 46 consid. 5c/bb).

5.3 Le revenu d'invalidé doit être fixé 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 revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires, édictée par l'OFS [Office fédéral de la statistique]) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

La détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération, d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

En cas de recours à l'ESS, 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 I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182).

5.4 Il est par ailleurs notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

6.

6.1 In casu, le recourant ne conteste pas - à juste titre - le revenu hypothétique sans invalidité mis à jour par l'intimé à l'issue de la communication interne du 30 août 2012, à savoir le montant de 73'628 fr. 10, après actualisation à l'année 2010.

Ce revenu a été établi par l'OAI sur la base des données communiquées par l'ancien employeur de l'assuré, la menuiserie X. _____ SA
(cf. rapport de l'employeur du 8 janvier 2008 et complément du 7 mai 2012).

Ce procédé ne prête pas flanc à la critique dans la mesure où il reflète au plus près les revenus concrètement réalisés par l'assuré en bonne santé et s'avère donc parfaitement conforme à la jurisprudence fédérale citée supra au considérant 5.2.

6.2 Quant au revenu d'invalidé, contrairement à ce que soutient le recourant, l'on ne saurait considérer que l'activité réalisée au sein de T._____ lui assure une mise à profit optimale de sa capacité de gain effective.

Premièrement, ainsi qu'il ressort du contrat de travail remis par le recourant, cette activité s'effectue à 50%, soit légèrement en dessous de l'exigibilité médicale retenue. Deuxièmement, l'emploi occupé par l'assuré est déployé dans un cadre protégé qui ne saurait être représentatif des exigences et des rétributions connues sur un marché équilibré du travail. Enfin, le fait que la mesure d'aide au placement mise en œuvre par l'OAI ait été infructueuse ne justifie pas de retenir une telle activité en milieu protégé, puisque la lettre de l'art. 16 LPGA postule pour une évaluation de l'invalidité se fondant précisément sur le marché du travail équilibré.

Cela étant, le recours aux Recommandations salariales de la SEC n'est pas conforme au droit, ces données ne pouvant être assimilées aux DPT de la CNA. Les salaires indiqués par la SEC correspondent à des valeurs médianes susceptibles de varier sensiblement tant à la hausse qu'à la baisse en fonction du type d'entreprise, de la branche d'activités et d'exigences spécifiques (cf. à cet égard : <http://www.secsuisse.ch/fr/1278/Salaire.htm>). Les données de la SEC n'offrant dès lors manifestement pas les garanties de l'approche différenciée des DPT, il s'impose de se référer in casu aux ESS afin de se conformer à la jurisprudence énoncée supra au considérant 5.3.

En l'occurrence, il faut rappeler que le recourant est notamment limité dans les travaux requérant un usage soutenu des membres supérieurs, ainsi que dans ceux nécessitant une station debout prolongée, ce indépendamment de ses capacités attentionnelles. Il s'ensuit que nombre des activités du secteur de la production, exigeant dans la grande majorité des manutentions, port de charges ou transformations d'objets, lui sont inaccessibles pour des raisons de santé au vu des limitations de ses membres supérieurs. En revanche, il a

démontré avoir été capable de mener à bien une formation dans le secteur des services, telle que celle d'assistant de bureau, qu'il exerce de facto au quotidien quand bien même dans un cadre protégé.

Partant, il y a lieu de retenir que le secteur 3 du TA1 des ESS, afférent à l'ensemble des activités de services, correspond aux nouvelles compétences acquises par l'assuré au terme de son reclassement professionnel. Cette palette d'activités de services, parmi lesquelles figure à l'évidence celle d'assistant de bureau, respecte en outre strictement l'état de santé du recourant, à l'inverse du secteur de la production. Il se justifie ainsi d'écarter le secteur 2 du TA1 des ESS pour fixer le revenu d'invalidé, contrairement à la brève évaluation opérée par l'OAI dans sa correspondance du 18 janvier 2013, où était retenu le montant total du TA1 des ESS.

L'on ajoutera que les arguments développés par l'intimé en lien avec l'expérience professionnelle étendue du recourant ne sauraient être suivis, l'assuré ne pouvant s'en prévaloir sérieusement dans un secteur d'activité totalement nouveau, sans lien avec les activités physiques exercées par le passé. Ce constat justifie sans conteste la prise en compte d'un niveau minimal de compétences, soit le niveau 4 des ESS relatives à l'année 2010.

Ainsi, le salaire de référence permettant de fixer le revenu d'invalidé in casu est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé des services en 2010, soit 4'536 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2010, TA1, secteur 3 des services, niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,6 heures en 2010 ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 4'717 fr. (4'536 fr. x 41,6 / 40), ce qui met à jour un salaire annuel de 56'609 francs.

Le recourant étant en mesure d'exploiter une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée dès août 2009, le salaire hypothétique d'invalidé s'élève en l'espèce à 33'966 francs.

6.3 Il convient en outre de procéder à une réduction de 15% pour tenir compte globalement des limitations fonctionnelles, ainsi tout particulièrement que du fait que le recourant âgé de 57 ans au moment de l'évaluation ne peut mettre à profit qu'une capacité de travail partielle.

L'on notera qu'il n'y a pas lieu de distinguer spécifiquement les limitations psychologiques et physiques retenues sur le plan médical, étant rappelé que la déduction des salaires statistiques est opérée au vu d'une appréciation globale de la situation et que ces restrictions apparaissent dûment prises en compte au stade de l'estimation de la capacité résiduelle de travail.

En outre, les autres facteurs étrangers à l'invalidité, tels que la nationalité du recourant et les connaissances linguistiques, ne constituent pas des restrictions sérieuses à sa capacité de réinsertion. Alors qu'il était en bonne santé, le recourant n'a en effet pas été entravé dans ses prises d'emploi et a au demeurant été capable d'obtenir un CFC de menuisier en 1985. Il est par ailleurs domicilié en Suisse de longue date et se trouve de ce fait manifestement bien intégré.

En définitive, une réduction de 15% semble appropriée pour prendre en considération la situation concrète de l'assuré.

Après avoir opéré un abattement de 15%, le revenu annuel d'invalidé déterminant s'élève ainsi in casu à 28'871 francs.

6.4 La comparaison des revenus détaillés ci-dessus met à jour en définitive un taux d'invalidité de 60,8% ($(73'628 - 28'871) \times 100 / 73'628$), arrondi à 61%, ouvrant le droit à trois quarts de rente.

7. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2010, suite à la dégradation de son état de santé constatée dès août 2009 et à l'issue du délai de carence d'une année consacré par l'art. 28 al. 1 LAI.

La date du 1^{er} août 2010 correspond par ailleurs à la fin du reclassement professionnel durant lequel des indemnités journalières ont été versées, ce qui exclut de toute façon la naissance du droit à la rente avant son terme (cf. art. 29 al. 2 LAI).

7.1 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

7.2 Obtenant partiellement gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu, d'après l'importance et la complexité du litige, à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 7 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision, rendue le 7 mars 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que l'assuré a droit à trois quarts de rente d'invalidité, fondés sur un degré d'invalidité de 61%, à compter du 1^{er} août 2010.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Intégration Handicap, Me Jean-Marie Agier, à Lausanne (pour S. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :