

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 novembre 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bonard, assesseurs
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

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

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1954, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité de mécanicien de précision et d'un diplôme technique de constructeur de machines. Il a travaillé pour l'entreprise [...] SA, à [...], jusqu'au 30 novembre 2004. Son activité consistait à s'occuper des procédés de fabrication, du calcul des coûts et des prix (agent de méthode; 30 % du temps de travail), à assurer le suivi des pièces et de leur acheminement au bon emplacement au bon moment pour la production (responsable de l'acheminement; 60 % du temps de travail) et, enfin, à acheter les matières premières pour l'entreprise (acheteur; 10 % du temps de travail). Après la résiliation des rapports de travail, l'assuré a perçu des indemnités journalières de l'assurance-chômage. A ce titre, il était assuré contre les accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA).

B. Le 13 février 2005, M. _____ a été victime d'un accident lors duquel il a subi une fracture oblique du tiers distal du tibia gauche et une fracture oblique du tiers proximal du péroné gauche. Les lésions ont été réduites et traitées par ostéosynthèse. L'accident a été annoncé à la CNA, qui a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

Du 23 août au 21 septembre 2005, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique romande de réadaptation. En cours de séjour, il a notamment subi l'ablation d'un kyste dorsal du poignet gauche ainsi qu'une ténosynovectomie des 4^e et 5^e coulisses des extenseurs du poignet gauche, à l'Hôpital de Sion. Le rapport de sortie de la Clinique romande de réadaptation, établi le 24 octobre 2005 par les Drs G. _____ et C. _____, fait état des diagnostics suivants :

«- Fracture diaphysaire du tibia distal gauche, le 13.02.2005 (T 93.2), traitée par enclouage centromédullaire verrouillé, le 15.02.2005 (Z 98.8)
- Ostéoporose (M 81.9)

- Kyste synovial dorsal du poignet gauche (M 67.4) traité par ténosynovectomie des 4^e et 5^e coulisses des extenseurs et ablation du kyste, le 15.09.2005
- Douleur mécanique des deux épaules, à prédominance gauche (T 92.5).»

A titre de commorbidités, les Drs G._____ et C._____ mentionnaient les affections suivantes :

- «- Insuffisance artérielle du MIG de stade II a (I 70.9)
- Hypertension artérielle traitée (I 10)
- Hypercholestérolémie traitée (E 78.0)
- Status après varicectomie de la lambe gauche en novembre 2004 (Z 98.8)
- Suspicion d'éthylisme chronique (F 10.2)
- Tabagisme actif.»

Les deux médecins prénommés ont attesté, jusqu'au 30 septembre 2005 et à prolonger ensuite par le médecin traitant, une incapacité de travail totale dans la profession exercée précédemment. Il était trop tôt pour se prononcer sur la suite professionnelle à moyen ou long terme.

Le 6 octobre 2005, l'assuré s'est soumis à une opération d'ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse du tibia gauche. Il a par ailleurs développé une algoneurodystrophie du poignet gauche à la suite de l'intervention pratiquée le 15 septembre 2005. Cette affection a été traitée par myocalcic, ergothérapie et physiothérapie, avec une évolution lente. L'incapacité de travail était totale (à réévaluer toutes les quatre à six semaines) au terme d'un second séjour à la Clinique romande de réadaptation, du 11 janvier au 1^{er} mars 2006 (rapport du 22 mars 2006 des Drs G._____ et K._____).

Entre-temps, M._____ avait déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, le 31 octobre 2005. Dans le cadre de l'instruction de la demande, le médecin traitant de l'assuré, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale, a notamment communiqué à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après. OAI) un bilan ergothérapeutique établi le 27 septembre 2006 par

E._____, physiothérapeute. Il en ressort que la mobilité globale de la main gauche (enroulement des doigts, prise d'objets, utilisation d'objets utilitaires) s'était nettement améliorée pendant l'année écoulée. Avec l'aide de petits moyens auxiliaires, l'assuré avait retrouvé une autonomie dans certaines activités, telles que le tir ou les repas. Un gain d'environ 12 kg avait également été constaté pour la force globale, ainsi qu'une meilleure force de pincement digitale. Le port de divers objets s'était également nettement amélioré et le poids supporté en traction avait doublé. Néanmoins, une hypersensibilité à la température persistait, et les déficits articulaires et en force restaient importants. Les gênes dans les activités étaient encore bien présentes.

Le 16 janvier 2007, le Dr F._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen médical de l'assuré. Ce dernier lui a fait part de douleurs persistantes dans tout le membre inférieur gauche, notamment dans le genou. Il se déplaçait chez lui sans canne, mais continuait à s'aider d'une canne anglaise à l'extérieur. Toutefois, au regard de l'examen clinique et des radiographies de la jambe et du genou gauches, «l'impression qui [prévalait était] bien plus celle d'un trouble fonctionnel que de réelles séquelles d'une fracture de jambe». Du strict point de vue orthopédique et pour les seules suites de l'accident du 13 février 2005, le Dr F._____ proposait de retenir une pleine capacité de travail «dans le genre d'activité» que l'assuré exerçait auparavant. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité évaluable. Pour ce qui concernait le membre supérieur gauche, l'assuré avait décrit une situation qui restait très difficile, l'importance des douleurs l'obligeant à porter continuellement différentes orthèses. Le Dr F._____ ne s'est pas exprimé plus en détail sur cette affection et ses conséquences sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré.

Par décision du 18 janvier 2007 et décision sur opposition du 30 mai 2007, la CNA a mis fin à ses prestations, avec effet au 31 janvier 2007.

C. M._____ a été convoqué pour un examen orthopédique au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), le 12 février 2007. Le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a pratiqué cet examen et a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de séquelles graves de maladie de Südeck du membre supérieur gauche, chez un droitier (M 89.0), de séquelles douloureuses d'une fracture diaphysaire fermée du tibia gauche (T 93.2) et de coxarthrose débutante primaire à gauche. Selon ses constatations, l'assuré pouvait exercer une activité mono-manuelle dans laquelle il pouvait utiliser son membre supérieur dominant. La main gauche ne pouvait être sollicitée que pour des gestes d'appoint. De courts déplacements à plat étaient possibles, mais l'assuré devait éviter les déplacements de plus de 200 mètres, la montée et la descente d'escaliers ainsi que le port de charges supérieures à 15 kg. Dans un emploi adapté aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré était de 50 % dès le 31 janvier 2007. Auparavant, elle était nulle dans toute activité (rapport du 23 février 2007).

Par décision du 30 mai 2007, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité avec effet dès le 1^{er} février 2006. A la suite de cette décision, le Dr H._____, chef de clinique au Service d'orthopédie de l'hôpital [...], qui suivait l'assuré depuis 2005, a écrit à l'OAI pour attester l'incapacité de son patient à reprendre une quelconque activité à 50 % et inviter l'administration à le convoquer pour un nouvel examen médical (lettre du 7 juin 2007). Pour sa part, l'assuré a recouru contre la décision du 30 mai 2007 devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud. Par jugement du 6 décembre 2007, ce dernier a annulé la décision du 30 mai 2007 et renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il reprenne l'examen du cas et statue à nouveau. Le tribunal a notamment constaté que la décision annulée était en contradiction flagrante avec les constatations du Dr P._____, que l'OAI devrait prendre en considération; l'OAI devrait en outre se prononcer sur les constatations du Dr H._____ relatives à la capacité résiduelle de travail de l'assuré et compléter l'instruction de la cause dans la mesure nécessaire.

D. Le 7 avril 2008, l'OAI a notifié à l'assuré un projet d'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} février 2006 au 30 avril 2007, puis une demi-rente d'invalidité.

Le 28 avril 2008, le Dr S._____, chef de clinique à la policlinique orthopédique des Etablissements hospitaliers du Nord Vaudois, se référant à la demande déjà effectuée par le Dr H._____, a renouvelé l'invitation faite par ce dernier à l'OAI de convoquer l'assuré pour un examen médical; il a lui aussi attesté l'incapacité de l'assuré à reprendre le travail à 50 %. L'assuré a par ailleurs allégué une péjoration de son état de santé depuis l'examen pratiqué par le Dr P._____ et a demandé, pour ce motif, un nouvel examen au SMR.

Par décision du 3 novembre 2009, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} février 2006 au 30 avril 2007 et une demi-rente d'invalidité pour la période courant dès le 1^{er} mai 2007. Il a notamment considéré que les avis des Drs H._____ et S._____ produits les 7 juin 2007 et 28 avril 2008 ne décrivaient aucune péjoration de l'état de santé de l'assuré depuis l'examen pratiqué par le Dr P._____ et n'étaient pas suffisamment probants pour établir l'incapacité de travail totale alléguée par l'assuré. Le rapport établi par le Dr P._____ permettait, en revanche, d'établir une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée, telle que décrite par ce médecin.

E. M._____ a déféré la cause au Tribunal cantonal, par recours du 4 décembre 2009, en concluant, sous suite de frais et dépens, à la réforme de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2006. A titre subsidiaire, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans sa réponse du 25 mars 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Le 24 juin 2010, le recourant a produit un rapport établi le 11 juin 2010 par la Dresse N._____, cheffe de clinique aux établissements

hospitaliers du Nord vaudois, dans lequel celle-ci suggère un nouvel examen médical pour évaluer la capacité de travail de l'assuré. Le recourant a demandé au tribunal d'ordonner un examen par le SMR à titre de mesure d'instruction. L'intimé s'est déterminé le 21 octobre 2010 et a proposé le rejet de cette requête.

Le 29 novembre 2010, le recourant a déposé une nouvelle détermination, à laquelle étaient annexés des rapports et certificats médicaux établis les 6 février 2009, 19 mai 2009 et 20 avril 2010 par le Dr T._____, médecin praticien, un rapport établi le 16 novembre 2009 par Z._____, ergothérapeute, ainsi qu'un rapport du 14 janvier 2008 établi parla Dresse D._____, médecin associé au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

Le 11 janvier 2011, l'intimé a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours, en produisant un rapport du 24 décembre 2010 du Dr W._____, médecin au SMR. Cette détermination, ainsi que l'avis médical qui lui était annexé, ont été communiqués au recourant le 14 janvier 2011.

Le 2 août 2011, le juge en charge de l'instruction du dossier a informé les parties du fait que la cause lui semblait suffisamment instruite et que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) 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 loi du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. L'intimé a notamment considéré, en se fondant sur le rapport établi le 23 février 2007 par le Dr P._____, que le recourant disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée, telle que décrite par ce médecin, depuis le mois de février 2007. Le recourant conteste cette appréciation et allègue être totalement incapable de travailler. Les constatations du Dr P._____ sont d'autant moins pertinentes pour statuer, selon le recourant, que son état de santé s'est péjoré depuis l'examen pratiqué par ce médecin.

Pour la période précédant le mois de mai 2007, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, ce qui ne prête pas flanc à la critique au regard des pièces médicales au dossier. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur la question. Par ailleurs, le recourant ne conteste pas, à juste titre, la fixation du début du droit à la rente au 1^{er} février 2006.

3. **a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- 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;

- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de celle année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pris naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40 % au moins, à une demie rente s'il était invalide à 50 % au moins, à trois-quart de rente s'il était invalide à 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins (RO 2003 p. 3844).

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur, depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3 p. 345 ss). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7 p. 228 ss). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130V 343 consid. 3.4 p. 348 sv.).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

4. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier

(anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Il a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (TF 9C_243/2010 du 28 juin 2011 consid. 1.2, 1.3.3, 2.3, 3.3.2, 3.4.2.7 *in fine*; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. arrêt 9C_243/2010 cité, consid. 1.2.1 *in fine*, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469 sv.). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le place dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

5. a) Le Dr P._____ a examiné l'assuré le 12 février 2007. En ce qui concerne le membre supérieur gauche de l'assuré, il a constaté qu'il ne pouvait plus l'utiliser que pour des gestes d'appoint. Cette constatation rejoint celle figurant dans le bilan ergothérapeutique établi le 27 septembre 2006 par E._____. Pour ce motif, le Dr P._____ n'a attesté une capacité résiduelle de travail que dans une activité mono-manuelle, le bras gauche pouvant être utilisé en appoint. Il a précisé que l'assuré était

droitier. Par ailleurs, le Dr P._____ a pris en considération les séquelles de l'accident du 13 février 2005 sur le membre inférieur gauche, ainsi qu'une coxarthrose débutante primaire, en considérant qu'une activité adaptée ne devait pas imposer de déplacement de plus de 200 mètres ainsi que la montée et la descente d'escaliers. Le port de charges supérieures à 15 kg est également prohibé, ce qui découle déjà de l'incapacité de l'assuré à utiliser son bras gauche autrement qu'en appoint. Enfin, le Dr P._____ considère que même dans une activité adaptée, la capacité résiduelle de travail de l'assuré reste limitée à 50 %. Il n'explique pas vraiment cette limitation, que l'on peut toutefois déduire de la diminution de rendement inévitablement liée aux difficultés de l'assuré à utiliser son membre supérieur gauche ainsi qu'aux nombreuses séances de physiothérapie et d'ergothérapie qu'il doit suivre et qui limitent son temps de présence au travail.

b) Les constatations du Dr P._____ reposent sur un examen clinique complet et ont été établies en pleine connaissance du dossier, en prenant en considération les plaintes exprimées par l'assuré. Elle revêt une pleine valeur probante et les rapports médicaux auxquels se réfère l'assuré ne justifient pas de s'en écarter. La lettre du 7 juin 2007 du Dr H._____ à l'OAI, en particulier, reflète, certes, une appréciation médicale différente de celle du Dr P._____ en ce qui concerne la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Mais le Dr H._____ part à tort du principe que le SMR avait reconnu à l'assuré une capacité résiduelle de travail de 50 % dans n'importe quelle activité et réagit à cette constatation sans exposer clairement pour quels motifs, de son point de vue, l'assuré ne disposerait pas d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée telle que décrite par le Dr P._____. Il ne fait pas état d'une atteinte à la santé que le Dr P._____ aurait omis de constater et son rapport ne revêt qu'une faible valeur probante, insuffisante pour mettre en doute les constatations réalisées au SMR. Il n'en va pas différemment des rapports du 28 avril 2008 du Dr S._____ et des 6 février et 19 mai 2009 du Dr T._____. Les rapports du 14 janvier 2008 de la Dresse D._____ et du 20 avril 2010 du Dr T._____ décrivent de manière plus complète les constatations médicales de ces médecins,

qui correspondent pour l'essentiel à celles du Dr P._____ (cf. avis médical du 24 décembre 2010 du Dr W._____). Toutefois, la Dresse D._____ ne prend pas position sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré et le Dr T._____ n'expose pas en quoi les limitations qu'il atteste dans l'utilisation par l'assuré de son membre supérieur gauche justifieraient de s'écarter des constatations du Dr P._____ relatives à sa capacité d'exercer une activité adaptée, telle que décrite par ce médecin, à 50 %.

c) En ce qui concerne la péjoration de son état santé par l'assuré depuis l'examen du Dr P._____, elle n'est établie par aucune pièce médicale au dossier. Dans son rapport du 16 novembre 2009, Z._____ constate même une amélioration des préhensions (fines et globales), une augmentation de la force pour le maintien d'un objet par la main gauche, ainsi qu'une amélioration de l'extension du coude gauche. Dans un rapport du 20 avril 2010, le Dr T._____ fait état, certes, d'une dégradation de l'état général de l'assuré ainsi que d'une interruption de traitements. Au regard notamment du rapport établi en novembre 2009 par Z._____, force est toutefois de constater qu'une telle péjoration, pour autant qu'elle soit établie, serait postérieure à la date de la décision administrative litigieuse du 3 novembre 2009 en ce qui concerne le membre supérieur gauche. Elle ne pourrait donc pas entrer en considération pour statuer sur le droit aux prestations litigieuses (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366). Quant au rapport établi le 11 juin 2010 par la Dresse N._____, il ne contient aucune constatation relative à la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Tout au plus fait-il état de l'ablation d'une vis de verrouillage proximale du clou du tibia gauche le 16 septembre 2009. Il n'est pas totalement exclu que cette intervention ait eu des répercussions durables sur la capacité de travail de l'assuré, dès le mois de septembre 2009 et une instruction complémentaire sera nécessaire sur ce point (cf. consid. 7 ci-après).

Compte tenu de ce qui précède, il convient de tenir pour établi que jusqu'au 15 septembre 2009, le recourant pouvait exercer, à 50 %, une activité lucrative mono-manuelle, requérant tout au plus l'utilisation

de la main gauche en appoint, et n'impliquant pas de déplacements de plus de 200 mètres ni le port de charges de plus de 15 kg, conformément aux constatations du Dr P._____.

6. a) D'après les renseignements obtenus auprès de son ancien employeur, le recourant aurait pu réaliser un revenu de l'ordre de 90'000 fr. en 2007 (89'577 fr. 96) en cas de maintien des rapports de travail. Cela ressort d'une lettre du 23 mai 2006 à la CNA, dans laquelle l'employeur expose qu'en l'absence de résiliation des rapports de travail en 2004, l'assuré aurait bénéficié en 2006 d'une augmentation de 2 % sur un salaire mensuel brut de 6'682 fr. (avec treize salaires mensuels), ainsi que du compte rendu d'un entretien téléphonique avec l'employeur, du 23 octobre 2007, lors duquel ce dernier a indiqué une augmentation salariale de 1,1 % entre 2006 et 2007. Bien que la fin des rapports de travail soit sans lien avec l'incapacité de travail de l'assuré - qu'elle a d'ailleurs précédé -, ce montant constitue le meilleur indice de la capacité de gain dont aurait disposé l'assuré sans invalidité, à l'époque.

b) aa) Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalidé), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée. En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le

revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

bb) En l'espèce, le recourant est titulaire d'un certificat fédéral de capacité de mécanicien de précision et d'un diplôme technique de constructeur de machines. S'il ne peut pas valoriser ces formations dans une activité manuelle, elles lui permettent néanmoins, compte tenu également de sa longue expérience dans le domaine de l'achat de matières premières et comme agent de méthode, de se prévaloir de connaissances professionnelles spécialisées et de les mettre à profit dans une activité essentiellement administrative, à 50 %, n'impliquant pas d'autre usage de son membre supérieur gauche qu'en appoint, et respectant les autres limitations décrites par le Dr P._____. Cette appréciation est corroborée par les constatations effectuées en ateliers professionnels lors d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (rapport final des ateliers professionnels, du 16 février 2006, annexé au rapport du 22 mars 2006 des Drs G._____ et K._____). On ne peut toutefois pas se référer au revenu réalisé dans l'ancienne activité professionnelle dès lors qu'il serait difficile pour le recourant de retrouver, à 50 %, le même niveau de responsabilité que celui qu'il assumait pour son ancien employeur. Il convient par conséquent de se référer aux données de l'ESS 2006, en prenant pour base le niveau de rémunération des activités requérant des connaissances professionnelles spécialisées, exercées par des hommes dans le secteur privé, tous domaines économiques confondus (5608 fr.; TA1 niveau de qualification 3, total). Il faut renoncer, en revanche, à se référer, comme l'a fait l'intimé, aux statistiques relatives au domaine de l'achat et vente de produits de base et d'équipement (TA7, ch. 26), qui serait trop spécifique et ne comporterait pas un éventail suffisamment diversifié d'activités.

En procédant aux adaptations requises pour prendre en considération la durée du travail hebdomadaire dans les entreprises en 2007 (41.7 heures; source: Office fédéral de la statistique, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, que l'on peut consulter à l'adresse internet www.bfs.admin.ch), ainsi que l'augmentation

nominale des salaires entre 2006 et 2007 (1.6 %; source:Office fédéral de la statistique, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2009, que l'on peut consulter à l'adresse internet www.bfs.admin.ch), on obtient un revenu annuel de 35'640 fr. (35'639 fr. 30) pour une activité à 50 %. L'intimé a procédé une déduction de 5 % pour tenir compte des circonstances personnelles limitant les perspectives salariales de l'assuré. Une déduction de 15 % est plus adéquate, compte tenu plus particulièrement du lourd handicap du recourant, du fait qu'il ne pourra reprendre une activité qu'à 50 % et de son âge. Une comparaison avec le revenu hypothétique sans invalidité constaté au considérant 6a ci-avant conduit à retenir un taux d'invalidité de 66 % ouvrant droit à trois-quarts de rente d'invalidité, pour la période courant dès le 1^{er} mai 2007.

7. Comme on l'a vu (consid. 5c ci-avant), il n'est pas exclu que l'ablation d'une vis de verrouillage proximale du clou du tibia gauche en septembre 2009 ait entraîné une péjoration notable et durable de l'état de santé du recourant. Le dossier ne contient pas de renseignement médical fiable sur ce point, qui pourrait influencer le droit à la rente. Il appartiendra à l'intimé de définir les mesures d'instruction à mettre en oeuvre pour éclaircir les faits sur ce point, avant de statuer à nouveau sur le droit à la rente pour la période courant dès le 1^{er} septembre 2009.

8. Compte tenu de ce qui précède, la décision litigieuse doit être réformée, en tant qu'elle porte sur la période du 1^{er} mai 2007 au 31 août 2009, le recourant se voyant allouer trois-quarts de rente d'invalidité pour cette période. Dans la mesure où elle porte sur la période postérieure au 31 août 2009, la décision litigieuse est annulée et la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Vu le sort de ses conclusions, le recourant peut prétendre des dépens (art. 55 LPA VD, art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 2000 francs. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. En tant qu'elle porte sur la période du 1^{er} mai 2007 au 31 août 2009, la décision du 3 novembre 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que trois-quarts de rente sont alloués à M._____. Pour la période antérieure au 1^{er} mai 2007, la décision est maintenue sans changement.

- III. Dans la mesure où la décision porte sur la période postérieure au 31 août 2009, la décision du 3 novembre 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de dépens de 2000 fr. (deux mille francs).

- V. Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Charles Munoz (pour M. _____)
- 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 :