

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 janvier 2015

---

Présidence de       Mme     BERBERAT  
Juges     :     M.     Métral et Mme Pasche  
Greffière     :     Mme     Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 , 17 al. 1 LPGA ; art. 28 al. 1 LAI ; art. 88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** J.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], 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 D.\_\_\_\_\_, active dans la fabrication de [...], 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).

Le 13 février 2005, [...] 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 C.\_\_\_\_\_ (ci-après : C.\_\_\_\_\_). Le 15 septembre 2005, en cours de séjour, il a notamment subi l'ablation d'un kyste dorsal du poignet gauche ainsi qu'une ténosynovectomie des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> coulisses des extenseurs du poignet gauche, à l'Hôpital B.\_\_\_\_\_. Le rapport de sortie de la C.\_\_\_\_\_, établi le 24 octobre 2005 par les Drs K.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, faisait 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<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> 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 comorbidités, les Drs K.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ 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 jambe gauche en novembre 2004 (Z 98.8)
- Suspicion d'éthylisme chronique (F 10.2)
- Tabagisme actif (F17.2).»

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, précisant qu'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 Myacalcic, 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 C.\_\_\_\_\_, du 11 janvier au 1<sup>er</sup> mars 2006 (rapport du 22 mars 2006 des Drs K.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_).

**b)** Dans l'intervalle, soit le 31 octobre 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Dans le cadre de l'instruction de la demande précitée, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a notamment transmis à l'OAI un bilan ergothérapeutique établi le 27 septembre 2006 par I.\_\_\_\_\_, ergothérapeute, que l'assuré consultait depuis le 19 octobre

2005. 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 tridigitale. 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.

**c)** Dans le cadre de la procédure en matière d'accidents, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé le 16 janvier 2007 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. Le praticien a indiqué que la poursuite d'une rééducation à la marche, en l'absence totale de progrès sur plusieurs mois d'observation, n'avait guère de sens. En effet, 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». En outre, il a relevé que le diagnostic de maladie de Sudeck n'avait pas été confirmé lors du premier séjour à la C.\_\_\_\_\_. Du strict point de vue orthopédique et pour les seules suites de l'accident du 13 février 2005, le Dr W.\_\_\_\_\_ 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 W.\_\_\_\_\_ 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. Aucun recours n'a été interjeté contre cette décision sur opposition.

**d)** Sur le plan de l'assurance-invalidité, l'OAI a mis en œuvre un examen orthopédique de l'assuré lequel s'est déroulé le 12 février 2007 au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans un rapport du 23 février 2007, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de séquelles graves de maladie de Sudeck 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.

**e)** Par décision du 30 mai 2007 confirmant un projet de décision du 13 mars 2007, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> février 2006, soit à l'issue du délai d'attente d'un an. A la suite de cette décision, le Dr F.\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service d'orthopédie aux O.\_\_\_\_\_ (ci-après : O.\_\_\_\_\_), qui suivait l'assuré depuis 2005, a indiqué par courrier du 7 juin 2007 à l'OAI que son patient était incapable de reprendre une quelconque activité à 50% et a invité l'office précité à le convoquer pour un nouvel examen médical. 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 (AI 249/07 - 2/2008), 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 attaquée était en contradiction flagrante avec les constatations du Dr G.\_\_\_\_\_, lequel avait conclu à une totale incapacité de travail du 13 février 2005 au 30 janvier 2007. Or, aux termes de l'arrêt précité, l'OAI devait prendre en considération les conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_; il devait en outre se prononcer sur les constatations du Dr F.\_\_\_\_\_ relatives à la capacité résiduelle de travail de l'assuré et compléter l'instruction de la cause dans la mesure nécessaire.

**B. a)** Le 7 avril 2008, l'OAI a notifié à l'assuré un projet d'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période allant du 1<sup>er</sup> février 2006 au 30 avril 2007, puis une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2007.

Le 28 avril 2008, le Dr P.\_\_\_\_\_, chef de clinique à la policlinique orthopédique des O.\_\_\_\_\_, se référant à la demande déjà effectuée par le Dr F.\_\_\_\_\_, a renouvelé l'invitation faite par ce dernier à l'OAI de convoquer l'assuré pour un examen médical ; il a en outre confirmé 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 G.\_\_\_\_\_ 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<sup>er</sup> février 2006 au 30 avril 2007 et une demi-rente d'invalidité pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> mai 2007. Il a notamment considéré que les avis des Drs F.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ 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 G.\_\_\_\_\_ et n'étaient pas suffisamment probants pour établir l'incapacité de travail totale alléguée par l'assuré. Le rapport établi par le Dr G.\_\_\_\_\_ permettait, en revanche, d'établir une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée, telle que décrite par ce médecin.

Saisie d'un recours le 4 décembre 2009, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a examiné un certain nombre de documents médicaux fournis par les parties dans le cadre de la procédure de recours, à savoir :

- un rapport établi le 11 juin 2010 par la Dresse L.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique à la policlinique orthopédique des O.\_\_\_\_\_, dans lequel celle-ci suggère un nouvel examen médical pour évaluer la capacité de travail de l'assuré ;
- des certificats médicaux établis les 6 février 2009, 19 mai 2009 et 20 avril 2010 par le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui conclut à la reconnaissance d'une incapacité de travail totale ;
- un rapport du 16 novembre 2009 établi par Z.\_\_\_\_\_, ergothérapeute, laquelle a constaté une amélioration des préhensions (fines et globales) et une légère augmentation de la force pour le maintien d'un objet par la main gauche ;
- un rapport du 14 janvier 2008 de la Dresse H.\_\_\_\_\_, médecin associé au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du F.G.\_\_\_\_\_ (ci-après : F.G.\_\_\_\_\_ ) ;
- un avis médical du 24 décembre 2010 du Dr Q.\_\_\_\_\_ du SMR, lequel a relevé les éléments suivants :

« (...)

- Le rapport de la Dresse H. \_\_\_\_\_ du 14.01.2008 : ce document, de onze mois postérieur au rapport d'examen clinique orthopédique du Dr G. \_\_\_\_\_, fait les mêmes constatations médicales, bien que le status soit décrit de manière moins détaillée que dans le rapport du Dr G. \_\_\_\_\_. Les mêmes lésions sont diagnostiquées. Le traitement décrit est le même, La Dresse H. \_\_\_\_\_ conclut que la situation n'est pas améliorable et ne se prononce pas sur la capacité de travail. Il n'est pas surprenant que ces deux médecins fassent les mêmes constatations car la situation médicale était vraisemblablement déjà chronifiée lors de l'examen du Dr G. \_\_\_\_\_, qui a eu lieu deux ans après l'accident. Le rapport de la Dresse H. \_\_\_\_\_ n'apporte pas un éclairage différent sur cette situation et ne remet pas en question les conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_.

- Les certificats du Dr X. \_\_\_\_\_ du 06.02.2009, du 19.05.2009 et du 20.04.2010 ne font état d'aucun élément médical objectif nouveau, ne décrivent pas le status clinique et ne remplissent pas les critères requis d'un rapport médical. Le Dr X. \_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail de 100% sans argumentation médicale. De plus son appréciation de médecin traitant lié par une relation thérapeutique à son patient doit être prise avec réserve. Ces certificats ne remettent pas en question l'appréciation spécialisée basée sur une anamnèse détaillée et un examen complet.»

Par arrêt du 11 novembre 2011 (AI 567/09 - 506/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours pour la période ultérieure au 1<sup>er</sup> mai 2007, une rente entière d'invalidité ayant été allouée à l'assuré jusqu'à cette date. Ainsi, pour la période allant du 1<sup>er</sup> mai 2007 au 31 août 2009, la décision du 3 novembre 2009 de l'OAI était réformée en ce sens que trois-quarts de rente étaient alloués à J. \_\_\_\_\_ (compte tenu notamment d'un taux d'abattement de 15% en lieu et place de 5%), alors que pour la période postérieure au 31 août 2009, la décision attaquée était annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants, dont la teneur est notamment la suivante :

« **5. a)** Le Dr G. \_\_\_\_\_ 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 I. \_\_\_\_\_. Pour ce motif, le Dr G. \_\_\_\_\_ 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 G. \_\_\_\_\_ 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 G. \_\_\_\_\_ 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 G. \_\_\_\_\_ 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 F. \_\_\_\_\_ à l'OAI, en particulier, reflète, certes, une appréciation médicale différente de celle du Dr G. \_\_\_\_\_ en ce qui concerne la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Mais le Dr F. \_\_\_\_\_ 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 G. \_\_\_\_\_. Il ne fait pas état d'une atteinte à la santé que le Dr G. \_\_\_\_\_ 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 P. \_\_\_\_\_ et des 6 février et 19 mai 2009 du Dr X. \_\_\_\_\_. Les rapports du 14 janvier 2008 de la Dresse H. \_\_\_\_\_ et du 20 avril 2010 du Dr X. \_\_\_\_\_ décrivent de manière plus complète les constatations médicales de ces médecins, qui correspondent pour l'essentiel à celles du Dr G. \_\_\_\_\_ (cf. avis médical du 24 décembre 2010 du Dr Q. \_\_\_\_\_). Toutefois, la Dresse H. \_\_\_\_\_ ne prend pas position sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré et le Dr X. \_\_\_\_\_ 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 G. \_\_\_\_\_ 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 G. \_\_\_\_\_, 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 X. \_\_\_\_\_ 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 L. \_\_\_\_\_, 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).

**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 G.\_\_\_\_\_. Cette appréciation est corroborée par les constatations effectuées en ateliers professionnels lors d'un séjour à la C.\_\_\_\_\_. (rapport final des ateliers professionnels, du 16 février 2006, annexé au rapport du 22 mars 2006 des Drs K.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_). 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](http://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](http://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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> septembre 2009 ».

**b)** Reprenant l'instruction de la cause pour la période postérieure au 31 août 2009 en lien notamment avec l'ablation de la vis proximale du clou centro-médullaire du tibia gauche en date du 16

septembre 2009, l'OAI a mandaté le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour la réalisation d'une expertise orthopédique.

Dans un rapport du 8 octobre 2012 faisant suite à un examen clinique de l'assuré du 4 septembre 2012, le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

**« Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :**

- Status après fracture des deux os de la jambe gauche.
- Status après enclouage centro-médullaire du tibia gauche.
- Status après AMO des vis de verrouillage proximales et distales.
- Status après excision d'un kyste synovial dorsal du poignet gauche.
- Status après séquelles graves de la maladie de Sudeck du membre supérieur gauche, consécutive à l'ablation du kyste.
- Troubles statiques et dégénératifs cervico-dorsaux.
- Coxarthrose débutante à gauche.

**Diagnostics sans une répercussion sur la capacité de travail :**

- Hypertension artérielle traitée.
- Ostéoporose traitée.
- Insuffisance artérielle du membre inférieur gauche stade IIa.
- Tabagisme chronique.
- Ethylisme chronique ».

Le Dr T. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré avait été victime trente-six mois plus tôt d'un accident sur la voie publique de type « coup du lapin » et qu'il se plaignait de cervicalgies plus ou moins permanentes. L'expert a toutefois constaté que si la mobilité de la colonne cervicale était globalement limitée, elle ne déclenchait pas de réaction douloureuse à la mobilisation. Il a précisé que sur la base des documents en sa possession, il ne pouvait pas affirmer qu'il existait une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise effectuée par le Dr G. \_\_\_\_\_ en février 2007. L'ablation de la vis de verrouillage proximale du clou centro-médullaire ne constituait pas une aggravation de l'état de santé du patient. Au contraire, dans la majorité des cas, l'ablation des vis apportait une amélioration de la fonction de la jambe et supprimait une possible irritation des tissus mous due aux têtes des vis. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50% répartie sur les trois quarts de la journée ou de 35 à 40% compte tenu de la nécessité du patient de se mouvoir et de reposer le membre supérieur gauche. Au chapitre des limitations fonctionnelles, l'expert a relevé que l'assuré devait privilégier une activité en position assise, effectuée au-dessous du plan horizontal excluant le port de charges de plus de 3 kg et les mouvements répétitifs. Il s'agissait essentiellement d'une activité de bureau, telle qu'un travail sur ordinateur. La main droite était capable de travailler normalement et la main gauche pouvait être utilisée de manière régulière, car le mouvement de pince pouce-autres doigts était possible.

Dans un projet de décision du 25 octobre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait maintenir le droit à un trois-quarts de rente à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au vu du résultat de ses constatations, à savoir que :

« Dans son arrêt du 11 novembre 2011, le Tribunal Cantonal a admis un degré d'invalidité de 66% depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007.

Pour la période à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2009, le tribunal a renvoyé le dossier pour instruction complémentaire afin d'évaluer si l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 16 septembre 2009 a entraîné une péjoration notable et durable de l'état de santé.

Nous avons donc mandaté le Dr T. \_\_\_\_\_ à Lausanne pour effectuer une expertise orthopédique.

Il ressort de cette expertise effectuée le 4 septembre 2012 que l'état de santé de Monsieur J. \_\_\_\_\_ est équivalent à celui présenté lors de l'expertise du 12 février 2007. La capacité de travail présentée est de 50% dans toute activité adaptée.

De ce fait, le degré d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2009 reste identique à celui qui a été fixé par le Tribunal cantonal à partir du 1<sup>er</sup> mai 2007, soit 66% et donne droit à la même rente qui a été versée jusqu'ici ».

Le 21 décembre 2012, l'assuré par l'intermédiaire de son mandataire, a contesté le projet de décision précité estimant qu'au vu des limitations relevées par le Dr T. \_\_\_\_\_, il convenait de retenir un taux d'invalidité d'au moins 70%, ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité.

Au vu de ces éléments, l'OAI a, par courrier du 15 février 2013, posé des questions complémentaires à l'expert, lequel y a répondu de la manière suivante en date du 5 mars 2013 :

**« - En page 10 de votre rapport, vous indiquez que notre assuré pourrait présenter une diminution de rendement liée à la nécessité de se mouvoir et de reposer son membre supérieur gauche; pouvez-vous préciser la fréquence et la durée de ces périodes de repos et de mouvement?**

J'estime qu'une période de repos d'une dizaine de minutes par heure permettrait à M. J. \_\_\_\_\_ de travailler à 50%. Ceci correspond à un rendement d'environ 40%.

**- Si l'activité prise en compte (activité essentiellement administrative) permet à la personne de bouger et de reposer son bras régulièrement, peut-on admettre qu'il n'y aura pas de baisse de rendement significative dans le cadre d'une capacité de travail de 50 % ?**

Je pense que dans ce type d'activité, l'assuré pourrait travailler à 50%, sans baisse de rendement significative.

**- Toujours en page 10, vous indiquez que l'on pourrait également envisager une activité de 50%, répartie sur les trois-quarts de la journée, dans une activité dite allégée et adaptée, pour être sûr de bien vous comprendre, voulez-vous dire par là qu'un rendement effectif de 50% pourrait être attendu de M. J.\_\_\_\_\_, mais réparti sur une période plus longue?**

Effectivement, une activité à 50% répartie sur les trois quarts de la journée serait exigible et n'entraînerait aucune diminution de rendement. »

Par décision du 16 juillet 2013 dont la motivation figurait dans un courrier séparé portant la même date, l'OAI a confirmé son projet de décision du 25 octobre 2012, à savoir le maintien d'un trois-quarts de rente à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2009. L'OAI a ainsi constaté que dans son arrêt, le Tribunal cantonal avait retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, d'ordre essentiellement administratif. Pour l'évaluation de la perte de gain, il s'était basé sur les salaires statistiques de l'ESS (enquête suisse sur la structure des salaires), niveau 3, et avait retenu un abattement supplémentaire de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, du taux de travail partiel et de l'âge. Le Tribunal aboutissait à une perte de gain de 66% ouvrant le droit à un trois-quarts de rente. Dans son expertise, dont la valeur probante n'était pas remise en cause, le Dr T.\_\_\_\_\_ avait indiqué qu'il ne pouvait affirmer qu'il existait une aggravation de l'état de santé de M. J.\_\_\_\_\_ depuis l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ de février 2007. Il a ainsi attesté une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, même s'il mentionnait que l'assuré pourrait présenter une diminution de rendement liée à la nécessité de se mouvoir et de reposer le membre supérieur gauche. Il apparaissait cependant qu'une activité de bureau permettait de bouger et de reposer son bras régulièrement dans le cadre de la fonction, sans que cela n'entraîne une diminution de rendement; il n'y avait donc aucune raison de retenir une baisse de rendement dans l'activité administrative prise en compte par le Tribunal à titre d'activité adaptée. Réinterrogé à ce sujet, le Dr T.\_\_\_\_\_ a confirmé le 5 mars 2013 que si l'activité adaptée permettait de bouger et de reposer son bras régulièrement, l'assuré pourrait travailler à 50% sans baisse de rendement significative. D'autre part, il a estimé que l'on pourrait également envisager une activité de

50% répartie sur les trois-quarts de la journée, ce qui serait bien entendu exigible de l'assuré, et admissible pour un employeur. S'agissant des limitations retenues par l'expert T.\_\_\_\_\_, l'OAI a constaté qu'elles étaient plus importantes que celles retenues précédemment par le Dr G.\_\_\_\_\_ ; toutefois, en l'absence d'aggravation objective de l'état de santé, l'OAI a considéré qu'il ne s'agissait que d'une autre appréciation d'un même état de fait. Dans tous les cas, ces limitations restaient parfaitement compatibles avec l'activité essentiellement administrative retenue par le Tribunal.

**c)** S'agissant du traitement du cas en matière d'assurance-accidents, la CNA a informé l'assuré le 24 mars 2011 que les seules suites de l'accident du 13 février 2005 qu'elle pouvait continuer à prendre en charge, sans engagement pour l'avenir et jusqu'à nouvel avis, étaient deux séances de balnéothérapie par semaine au L.M.\_\_\_\_\_, ainsi que trois à quatre contrôles annuels à l'hôpital A.\_\_\_\_\_. La CNA a pris en charge rétroactivement les déplacements requis par des séances de balnéothérapie depuis le 8 octobre 2009.

Par décision du 15 décembre 2011, la CNA a déclaré qu'à compter du 12 décembre 2011, le traitement médical, pour autant qu'il soit toujours nécessaire, ne serait plus à la charge de l'assurance-accidents.

Le 25 janvier 2012, l'assuré a fait opposition contre la décision du 15 décembre 2011 de la CNA, concluant à la prise en charge des séances de balnéothérapie ainsi que trois à quatre contrôles annuels à l'hôpital A.\_\_\_\_\_.

Par décision sur opposition du 23 février 2012, la CNA a confirmé la décision du 15 décembre 2011 et rejeté l'opposition. Elle a estimé non seulement que le diagnostic de Sudeck ne pouvait pas être retenu, mais que "de surcroît et quoi qu'il en soit de ce diagnostic" il n'existait finalement aucune base légale obligeant la CNA à prendre en

charge les frais de traitement au-delà du 31 janvier 2007 dans la mesure où le cas avait été bouclé à cette date avec une pleine capacité de travail.

Saisie d'un recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois l'a rejeté par arrêt du 21 juin 2013 (AA 34/12 - 57/2013), lequel a été confirmé par jugement du Tribunal fédéral du 3 juin 2014 (8C\_617/2013).

**C.** Par acte de Me Munoz du 13 septembre 2013, J.\_\_\_\_\_ recourt contre la décision du 16 juillet 2013 de l'OAI. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à l'admission du recours et à la réforme de la décision en ce sens qu'il a droit à une rente complète d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009. Il conteste que les limitations fonctionnelles plus importantes retenues par le Dr T.\_\_\_\_\_ que celles constatées par le Dr G.\_\_\_\_\_ restent compatibles avec l'activité essentiellement administrative retenue par le Tribunal. Il produit un courrier du 9 septembre 2013 du Dr X.\_\_\_\_\_ faisant suite à un questionnaire établi par son mandataire. Le médecin traitant a notamment indiqué que les limitations actuelles étaient principalement liées à des douleurs chroniques et à tous les symptômes qui accompagnent de manière obligatoire un tel status : douleurs diffuses, asthénie, troubles de la thymie. Selon lui, l'ablation du matériel orthopédique avait déclenché une nouvelle poussée et chaque poussée était longue et douloureuse. Il a ajouté qu'il ne voyait pas comment son patient était en mesure d'assumer le poste défini par l'expert. Son rendement était forcément diminué du fait de la fatigabilité extrême de tout patient douloureux chronique sur Sudeck, nécessitant d'alterner les positions et d'avoir des moments de repos très fréquents. Le recourant rappelle qu'à la suite de son intervention, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a prescrit des séances de physiothérapie. Le 24 mars 2011, la CNA l'a informé qu'elle prenait en charge deux séances de balnéothérapie et trois à quatre contrôles annuels. Il requiert la tenue d'une audience au cours de laquelle les parties seront entendues dans leurs explications et la mise en œuvre d'une expertise.

Dans sa réponse du 6 novembre 2013, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il relève que dans son rapport du 8 octobre 2012, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il ne pouvait affirmer qu'il existait une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ et qu'il confirmait la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée. L'intimé estime que le rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément médical nouveau susceptible de mettre en doute les conclusions de l'expert.

Le recourant n'a pas fourni de déterminations sur cette écriture.

Une audience d'instruction a eu lieu le 6 novembre 2014 à laquelle l'intimé a été dispensé de comparaître (cf. procès-verbal d'audience). Le recourant a notamment réitéré sa demande d'expertise et sollicité un délai pour déposer des rapports médicaux complémentaires.

Par courrier du 6 novembre 2014, Me Munoz a transmis les documents suivants :

- un rapport établi le 20 septembre 2013 par le Dr M.\_\_\_\_\_ de la consultation de la Douleur Chronique à [...], suite à un questionnaire établi le 3 septembre 2013 par Me Munoz,
- un rapport établi le 9 septembre 2013 par le Dr R.\_\_\_\_\_ de U.\_\_\_\_\_ à [...], suite à un questionnaire établi le 3 septembre 2013 par Me Munoz.

Dans ses déterminations du 3 décembre 2014, l'intimé conclut au rejet du recours, se référant à un avis médical du 25 novembre 2014 du Dr C.D.\_\_\_\_\_ du SMR, lequel a estimé que les deux rapports transmis le 6 novembre 2014 ne remettaient aucunement en cause l'expertise menée par le Dr T.\_\_\_\_\_ le 8 octobre 2012. En effet, tant les diagnostics que l'appréciation des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail attestés dans les rapports des Drs M.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ étaient sensiblement identiques à ceux donnés par le Dr T.\_\_\_\_\_. Aucun

élément apporté par ces médecins n'était inconnu au moment de l'expertise et donc de nature à modifier ses conclusions.

### **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 l'évaluation de l'incapacité de travail du recourant pour la période postérieure au 31 août 2009, en raison de l'ablation d'une vis de verrouillage proximale du clou du tibia gauche le 16 septembre 2009. Dans son arrêt du 11 novembre 2011 (AI 567/09 - 506/2011), la Cour de céans a notamment considéré qu'il n'était 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, raison pour laquelle une instruction complémentaire était nécessaire sur ce point. A l'issue de son instruction complémentaire, l'intimé a notamment conclu, en se fondant sur le rapport établi le 8 octobre 2012 par le Dr T.\_\_\_\_\_, ainsi que sur ses explications complémentaires du 5 mars 2013 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 et qu'il n'y avait dès lors pas d'aggravation de l'état de santé du recourant. Ce dernier conteste cette appréciation et allègue que l'intimé aurait dû prendre en considération une aggravation de son état de santé comme l'atteste le rapport d'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_ du 8 octobre 2012 ainsi que le rapport médical du Dr X. \_\_\_\_\_ du 9 septembre 2013.

**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 cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

**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<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur, depuis le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> 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). 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. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1, 130 V 343 consid. 3.4 ; TF 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

**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 ne soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

**4.** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2, 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_1023 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, 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 ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2, 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

**5. a)** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

**b)** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; TFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela implique que les instances cantonales ne sauraient déléguer cette compétence à l'administration sans motif valable (même arrêt, consid. 4.4.1.1). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 *in fine* et 4.4.1.5 et les références ; TF 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

**c)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des

preuves ; ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3, 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst ; RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d)

**6.** En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise réalisée par le Dr T.\_\_\_\_\_ pour justifier son refus d'augmentation de la rente. Le recourant conteste la valeur probante de cette expertise. Il y a ainsi lieu de reprendre les points soulevés par le recourant et de se prononcer sur leur cohérence.

**a)** Le Dr T.\_\_\_\_\_ a examiné le recourant le 4 septembre 2012, lequel s'est présenté à l'entretien en marchant avec l'aide d'une canne anglaise tenue à la main droite et muni d'une attelle à chaque poignet. Au poignet gauche, l'attelle était volumineuse prenant l'avant-bras et la main ; au poignet droit, il s'agissait d'une attelle simple de soutien, l'assuré ayant affirmé à l'expert qu'elles lui étaient nécessaires pour diminuer les douleurs et palier à un manque de force aux deux mains.

Au niveau des membres inférieurs, l'expert a constaté que la fracture de la jambe gauche était guérie et que la consolidation était acquise avec de bons axes. Il n'y avait pas de signe inflammatoire ou infectieux que ce soit au niveau cutané ou osseux. La présence d'une amyotrophie diffuse de tout le membre inférieur gauche ne constituait pas une contre-indication à la reprise d'une activité lucrative dans la profession de mécanicien de précision ou dans une activité privilégiant la position sédentaire, même en présence d'une faiblesse relative du membre inférieur gauche. L'ablation trois ans plus tôt de la vis de verrouillage proximale du clou centro-médullaire du tibia gauche ne constituait pas selon l'expert une aggravation de l'état de santé du recourant. Au contraire, dans la majorité des cas, une telle ablation

apportait une amélioration de la fonction de la jambe et supprimait une possible irritation des tissus mous due aux têtes de vis.

Au niveau des membres supérieurs, l'expert a relevé que le membre supérieur gauche présentait une limitation fonctionnelle due aux séquelles de l'algodystrophie apparue six ans plus tôt, laquelle était à présent dans une phase séquellaire. Il a en outre exposé que le recourant utilisait sa main gauche de manière plus conséquente qu'une main tampon, précisant que celle-ci pouvait être utilisée de manière régulière, car le mouvement de pince pouce-autres doigts était possible (l'assuré s'aidait de sa main gauche pour se déshabiller, s'habiller et pour se chausser, etc.). Quant au membre supérieur droit, il était apte à assumer normalement toutes activités, sans charges excessives et sans mouvements répétitifs prolongés. Compte tenu de ces éléments, l'expert a privilégié une activité en position assise tout en précisant que le recourant devait être en mesure de se mouvoir et reposer son membre supérieur gauche. S'agissant des limitations fonctionnelles, il est vrai que l'expert a exclu le port de charges excédant 3 kg, alors que le Dr G. \_\_\_\_\_ avait limité le port de charges à 15 kg. L'expert ayant finalement confirmé le taux de 50% de capacité de travail du recourant dans une activité adaptée telle que définie par le Dr G. \_\_\_\_\_, il s'avère que la modification à la baisse du port de charge n'a entraîné aucune conséquence sur la capacité de travail du recourant, mais tout au plus sur le type d'activité possible. Il sied en outre de mentionner que seul l'expert a dûment rapporté l'accident sur la voie publique dont a été victime le recourant trente-six mois avant l'expertise qui a entraîné des cervicalgies plus ou moins permanentes, mais qui ne permettaient pas selon l'expert de conclure à une aggravation de l'état de santé de l'intéressé. S'agissant de la question du rendement, le Dr T. \_\_\_\_\_ a clairement indiqué dans son complément d'expertise du 5 mars 2013 qu'il n'y avait pas de baisse de rendement significative si le recourant était en mesure de bouger et de reposer son bras régulièrement ou s'il s'agissait d'une activité à 50% répartie sur les trois-quarts de la journée. A cet égard, il convient de se référer aux considérations du Tribunal de céans, lequel constatant que le Dr G. \_\_\_\_\_ n'avait pas expliqué pour quels motifs la capacité résiduelle

de travail de l'assuré restait limitée à 50%, avait déduit que cette limitation était liée à 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 devait suivre et qui limitaient son temps de présence au travail. En définitive, l'évaluation de la capacité résiduelle de travail inclut déjà la diminution de rendement subie par le recourant, ainsi que les nombreuses séances de physiothérapie notamment.

**b)** Dans ce contexte, on ne voit pas en quoi la prise en charge par la CNA de séances de physiothérapie ou de balnéothérapie démontre une aggravation de l'état de santé du recourant, dites séances ayant été prescrites avant l'examen clinique effectué par le Dr T.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, l'appréciation médicale 9 septembre 2013 du Dr X.\_\_\_\_\_ apparaît davantage motivée par les plaintes de son patient que par des éléments objectifs tirés des examens cliniques et radiologiques. En tout état de cause, son avis en tant que médecin traitant du recourant doit être apprécié avec les réserves d'usage. Enfin, comme l'a relevé le SMR (avis médical du 25 novembre 2014), l'appréciation des Drs M.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément qui n'était pas connu au moment de l'expertise et donc de nature à modifier ses conclusions. Le Dr R.\_\_\_\_\_ s'est ainsi déclaré incompetent pour traiter de la question du degré d'invalidité, sa prise en charge s'étant orientée vers le traitement de la douleur, sentiment subjectif ressenti par le patient, non objectivable par des examens d'investigation et pas forcément corrélé à la limitation fonctionnelle. Quant au Dr M.\_\_\_\_\_, il a estimé qu'il n'avait pas les compétences pour juger de la capacité de travail du recourant.

**c)** Cela étant, l'on ne voit de toute façon aucun motif qui justifierait de s'écarter des observations consignées par le Dr T.\_\_\_\_\_, dont le rapport du 8 octobre 2012, ainsi que son complément du 5 mars 2013 remplissent de fait les réquisits jurisprudentiels rappelés plus haut pour se voir accorder pleine valeur probante. Ce spécialiste a procédé à un examen clinique détaillé de l'assuré et fait part de ses conclusions convaincantes et motivées, ce en pleine connaissance du dossier. Il a

relevé l'ensemble des plaintes formulées par le recourant non sans mentionner les éléments organiques à l'origine des limitations retenues, ses conclusions s'avérant en définitive en parfaite concordance avec les constatations radiologiques objectives. Aussi, en l'absence d'élément concret susceptible de faire douter de l'exhaustivité des examens opérés et d'ébranler les observations convaincantes du Dr T. \_\_\_\_\_, l'on ne voit pas à ce stade qu'une mesure d'instruction complémentaire puisse fournir un éclairage nouveau sur l'état de santé somatique du recourant. Les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête d'expertise formulée par le recourant (appréciation anticipée des preuves, cf. consid. 5c supra). C'est donc à juste titre que l'intimé a considéré que la capacité de travail était identique à celle retenue par le Dr G. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 23 février 2007, soit 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant.

**7.** Il convient à présent d'examiner s'il y a lieu de tenir compte, en plus de la diminution de rendement constatée sur le plan médical, de circonstances supplémentaires pour fixer le revenu d'invalidé.

**a)** La notion de « diminution de rendement » se rapporte spécifiquement à l'évaluation médicale de la capacité résiduelle de travail alors que celle d'« abattement sur le salaire statistique » a pour fonction de prendre en compte, dans le cadre de la détermination du degré d'invalidité, singulièrement des perspectives salariales de la personne assurée (revenu d'invalidé), les circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. Outre la prise en compte d'une diminution de rendement, les circonstances du cas particulier justifient par ailleurs de procéder à un abattement sur le salaire statistique. Il est 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 ; TF 9C\_879/2013 du 21 mars 2014). 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).

**b)** En l'occurrence, il convient de tenir compte de manière appropriée des effets que l'âge du recourant (5[...] ans en 2009), son absence prolongée du marché du travail et la nature de ses limitations fonctionnelles peuvent jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité nécessitant des connaissances professionnelles spécialisées. S'il n'y a pas lieu de prendre en considération la diminution de rendement subie par le recourant, dès lors que l'évaluation de la capacité résiduelle de travail inclut déjà cet élément, il n'en demeure pas moins que l'interdépendance des autres facteurs personnels et professionnels entrant en ligne de compte sont de nature à contribuer à désavantager le recourant au moment d'un éventuel engagement. Seules des concessions salariales sensibles pourront à l'évidence compenser cet état de fait et lui permettre d'être compétitif sur le marché du travail. On rappellera que pour le revenu d'invalidé, l'autorité de recours (AI 567/09 - 506/2011, cf. consid. 6b/bb) a pris comme base le niveau de rémunération des activités requérant des connaissances professionnelles spécialisées, exercées par des hommes dans le secteur privé, tous domaines économiques confondus (TA1 niveau de qualification 3, total), et qu'elle a renoncé à se fonder sur les statistiques relatives au domaine de l'achat et vente de produits de base et d'équipement (TA7, ch. 26), lesquelles étaient trop spécifiques et ne comportaient pas un éventail suffisamment diversifié d'activités.

**c)** En l'espèce, les Drs G.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ont décrit les limitations fonctionnelles auxquelles était confronté le recourant pour

l'exercice d'une activité professionnelle. Le premier a retenu une capacité de travail à 50% dans le contexte d'activités parfaitement adaptées, à savoir que 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. Quant au second, il a également reconnu une capacité de travail de 50% dans une activité de bureau ou/et travail sur ordinateur, privilégiant la position assise, effectuée au-dessous du plan horizontal excluant le port de charges de plus de 3 kg et les mouvements répétitifs. La main droite pouvait travailler normalement et la main gauche pouvait être utilisée de manière régulière, car le mouvement de pince pouce-autres doigts était possible.

Il ressort des appréciations médicales précitées que le recourant, titulaire d'un certificat fédéral de capacité de mécanicien de précision et d'un diplôme technique de constructeur de machines, au bénéfice d'une longue expérience dans le domaine de l'achat de matières premières et comme agent de méthode, n'est pas dans la situation d'une personne privée de l'usage d'un bras ou d'une main. Compte tenu des limitations fonctionnelles décrites, il convient de retenir qu'un certain nombre d'activités requérant des connaissances professionnelles spécialisées, sont adaptées au handicap du recourant. Par conséquent, il ne se justifie pas de procéder à un abattement supérieur à 15%, tel que retenu par le Tribunal de céans (AI 567/09 - 506/2011), lequel a estimé qu'une telle déduction était adéquate, compte tenu plus particulièrement du lourd handicap du recourant, du fait qu'il ne pourrait reprendre une activité qu'à 50% et de son âge. Dans ce contexte, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas procédé à un nouveau calcul du taux d'invalidité et qu'il a confirmé le droit à trois-quarts de rente d'invalidité pour la période postérieure au 31 août 2009.

**8. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

**b)** 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 d'invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. La partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge du recourant, qui succombe.

Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 16 juillet 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, 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 Charles Munoz (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 :