

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2015

Composition : Mme THALMANN, président
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A.X. _____, à Grandson, recourant, représenté par Me Jacques Micheli,
avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 6ss, 16, 17 al. 1 et 21 al. 4 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 2
RAI**

E n f a i t :

A. Le 24 avril 2006, A.X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), a déposé une demande de prestations AI, à savoir une orientation professionnelle et une rééducation dans la même profession.

Dans son rapport d'expertise du 10 janvier 2006 à l'attention de M._____ assureur perte de gains, le Dr P._____, spécialiste en rhumatologie, a notamment indiqué ce qui suit:

"APPRECIATION DU CAS

M. A.X._____ est un assuré de 51 ans, restaurateur-traiteur indépendant, victime d'un premier arrêt de travail à 100% dès le 11 octobre 2004 en raison d'un lumbago, la persistance des antalgiques ayant conduit à pratiquer une IRM lombaire le 26 novembre 2004, révélant la présence d'une hernie discale L5-S1 médiane paramédiane gauche légèrement luxée vers le haut. La poursuite du traitement conservateur principalement une rééducation à sec et en piscine entreprise à [...] a permis une amélioration des symptômes autorisant une reprise des activités professionnelles à 50% dès le 1^{er} février 2005, puis à 100% dès le 1^{er} avril 2005, une nouvelle exacerbation des douleurs lombaires inférieures étant à l'origine d'un arrêt de travail à 80% dès le 19 août 2005. Au-delà de ses lombalgies, M. A.X._____ évoque des gonalgies droites, lui-même faisant un certain lien entre les lombalgies inférieures et les douleurs du genou, ces dernières survenant principalement aux changements de position, douleurs intenses postéro-externes provoquant des pseudo-lâchages, l'exacerbation des gonalgies ayant elles aussi une influence sur les lombalgies inférieures.

L'examen clinique de ce jour révèle un patient collaborant, reproductible présentant des troubles statiques antalgiques sous la forme d'un shift gauche avec composante scoliotique, une distance doigts-sol difficilement mesurable en raison d'une altération de la mobilité tronculaire prédominant sous la forme d'une rectitude lombaire inférieure avec inversion du rythme lombo-pelvien en flexion antérieure et au relèvement. La palpation segmentaire révèle des douleurs médianes paramédianes bilatérales prédominantes à la charnière lombo-sacrée associant des zones insertionnelles intégrant la crête iliaque et la musculature fessière droite. Il n'y a pas de signes irritatifs aux membres inférieurs avec des manoeuvres de Lasègue et de rétro-Lasègue négatives, les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et symétriques, il n'y a pas de trouble sensitivomoteur des membres inférieurs. Il n'y a pas d'altération fonctionnelle de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y a pas d'arthrite ou de synovite. Pour ce qui est du genou droit, ce dernier est sec, sans épanchement notoire avec une flexion-extension complète, algique en fin de flexion en postéro-externe. Il n'y a pas de signe

ligamentaire, les manoeuvres de provocations méniscales externes sont douloureuses.

Le bilan de radiologie standard reste rassurant, sans trouble dégénératif manifeste, l'IRM lombaire du 26 novembre 2004 révèle une hernie discale L5-S1 médiane para-médiane gauche luxée vers le haut.

L'incapacité de travail à 80% dès le 19 août 2005 de Monsieur A.X. _____ reste actuellement justifiée. Il me semble judicieux de compléter le bilan d'investigation de son genou droit par une IRM, l'impression clinique d'une lésion méniscale reste à confirmer, avec un diagnostic différentiel ouvert pour une chondrite voire une atteinte dégénérative dans un contexte de status après opération de ménisque interne en 1969. A la lumière de ce bilan, j'adresserai M. A.X. _____ auprès d'un orthopédiste dans l'attente de ses propositions thérapeutiques. L'assuré fait un lien direct entre ses gonalgies et ses problèmes lombaires inférieurs, mais l'anamnèse reste peu contributive quand à la nature d'une sciatgie, l'examen clinique ne montre aucun signe irritatif, l'IRM ne révélant aucune atteinte canalaire gauche. Pour ma part je pense à deux entités distinctes, les gonalgies droites pouvant possiblement contribuer aux lombalgies inférieures, les pseudo-lâchages et la boiterie antalgique occasionnelle dont il est victime pouvant favoriser des phénomènes de compensation au niveau de la charnière lombosacrée.

Pour ce qui est de ses lombalgies, là aussi il serait judicieux de repratiquer une IRM lombaire afin de juger de la composante herniaire actuelle, et d'adresser M. A.X. _____ auprès d'un service d'unité rachidienne pluridisciplinaire dans l'attente de leurs propositions (poursuite d'un programme de rééducation, gestes interventionnels antalgiques, chirurgie).

[...]

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail et date de leur apparition ?

Lombalgies inférieures (2004), gonalgies droites chroniques.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail et date de leur apparition ?

Obésité, hypercholestérolémie.

Capacité de travail dans l'emploi actuel ? 20%.

Pronostic à plus ou moins brève échéance ?

Réservé, chez un assuré reproductible dans un contexte radio-clinique rachidien concordant. C'est à la lumière des nouvelles investigations proposées et les propositions thérapeutiques qui en suivront, qui permettront de déterminer le pronostic de l'assuré."

Dans un rapport du 21 juin 2006, le Dr L. _____, spécialiste en médecine générale, a mentionné notamment ce qui suit :

"A Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :

Hernie discale L5-S1 médiane avec lipomatose périurale lombaire entraînant un certain rétrécissement de L3-S1.

Deux foyers chondropathie fémoro-patellaire grade 2 à 3, avec tuméfaction eodémateuse du LC1

Diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail :

Obésité avec un BMI à 30

Hypercholestérolémie

Status après hernie inguinale gauche incarcerated avec iléus mécanique, en 1992 Oesophagite de reflux connue

Incapacité de travail d'au moins 20 % reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour en tant que :

100 % du 11 octobre 2004 au 4 novembre 2004

50 % du 5 novembre 2004 au 14 novembre 2004

100 % du 15 novembre 2004 au 30 janvier 2005

50 % du 1^{er} février 2005 au 31 mars 2005

80 % du 18 août 2005 au 31 janvier 2006

50 % du 1^{er} février 2006 au 30 avril 2006

30 % dès le 1^{er} mai 2006

[...]

3. Anamnèse : patient cuisinier de métier qui a dû se réorienter professionnellement en 2004 suite à la fermeture du [...] d' [...] où sa fonction était purement administrative. Un nouvel établissement a été trouvé au [...] d' [...], structure beaucoup plus petite qui implique la reprise de son métier de cuisinier. C'est suite à cette activité nécessitant à nouveau le port de charges que l'on note une décompensation progressive de son dos amenant une prise en charge au Centre [...] et une IRM qui met en évidence un rétrécissement du fourreau dural par une lypomatose. Un traitement au Centre [...], la perte de poids de 10 kg, l'antalgie d'AINS, de Sirdalud et de Tramal permettront la reprise de son travail au printemps. Mi-août 2005, il devra à nouveau arrêter de travailler en raison de ses importantes lombalgies et il devra engager un cuisinier.

4. Plaintes subjectives : lombalgies irradiant dans les cuisses des deux côtés jusqu'aux genoux aggravées dans la position assise ainsi qu'en terrain inégal. Gonalgie droite, parfois à gauche, surtout en position assise, dans la déclivité et dans le terrain inégal. La rotation dans une petite surface derrière un bar, est également douloureuse.

5. Constatations objectives : patient de 179 cm pour un poids de 95 kg 500 soit un BMI à 30. Tension artérielle à 135/95. Colonne lombaire : effacement de la lordose lombaire avec une bascule du bassin à gauche d'environ 2 cm. La distance DDS est de 40 cm. Au niveau du genou droit on note une distance talon-ischion de 36 cm à gauche de 12 cm à droite Le diamètre du quadriceps est symétrique à 15 et 20 cm sus-rotulien. Pas d'épanchement dans les genoux.

Status de médecine interne : sp

Traitement : Pravalotin 40 mg, Ezetrol 10 mg par jour, Aspirin Cardio 100 mg 1 cp par jour Nisulid 100 mg et Dafalgan. Demetrin 10 mg.

6. Pronostic : suite à la rupture du contrat par [...] de la location du [...] à [...] dont il était gérant, M. A.X. _____ a repris le restaurant du [...] à [...]. Quand il était au [...], il avait un rôle purement administratif, ayant toute une équipe sous ses ordres, y compris un cuisinier. Etant lui-même cuisinier de métier, en reprenant le restaurant [...] du [...], il décide de reprendre son métier. Le premier été s'est révélé particulièrement pénible, il a pu terminer la saison,

mais un long traitement et un arrêt de travail ont sanctionné les mois qui ont suivi la fermeture saisonnière. L'année suivante, soit en 2005, déjà en août il a dû engager un cuisinier, ne pouvant plus assumer ce travail.

Quand il fait un travail de planification, d'organisation, de gestion de commandes, de contrôle, il n'est pas pénalisé par ses douleurs. Suite à un travail effectué en cuisine, il se rend compte qu'il ne peut plus y travailler, ni dans la gestion des stocks avec port de charges. Son rendement est alors de 50 %, alors que sur le plan administratif, il n'y a pas de diminution de son rendement et de sa capacité de travail.

Cependant sur le plan administratif, il n'a pas de formation en comptabilité, ni en informatique ce qu'il ne lui permet pas actuellement de se recycler purement dans le domaine de la gestion, sans l'aide de l'AI. D'où la demande de réorientation professionnelle."

Le Dr L._____ a joint à son rapport, le rapport IRM du 19 janvier 2006 intitulé "colonne cervicale face profil et odontoïde face, IRM du genou droit, IRM lombaire du 18.01.2006" dont il résulte notamment ce qui suit :

"Pas d'arthrose significative cervicale mais présence d'ossification par endroit du ligament vertébral antérieur et du ligament nuchal. Image de hernie discale L5-S1 médiane modérée légèrement luxée vers le haut, inchangée par rapport à l'IRM de 2004. Lipomatose péridurale lombaire modérée entraînant un certain rétrécissement et effilement du fourreau dural à partir de L3 jusqu'à S1.

Présence de 2 foyers de chondropathie fémoro-patellaires de grade II à III. Pas de signe de déchirure du ménisque externe. Petit kyste poplité interne.

On note une tuméfaction oedémateuse diffuse du LCA que je ne m'explique pas, associée à un léger épanchement intra-articulaire."

Dans un rapport du 27 juin 2006, le Dr H.H._____, spécialiste en rhumatologie, a notamment indiqué ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- lombalgies mécaniques
- discopathie L5-S1 avec hernie discale médiane-paramédiane gauche légèrement luxée vers le haut
- lipomatose péridurale modérée
- gonalgies droites
- status après méniscectomie interne partielle (1969)
- chondropathie rotulienne avec épaissement du LCA d'origine indéterminée
- obésité (BMI : 30). Hypercholestérolémie
- antécédent de tabagisme jusqu'en 2003
- status après opération de hernie inguinale suivie d'iléus (1992)

CONCLUSION

Il s'agit d'un patient obèse, cuisinier de formation, qui présente depuis des années des lombalgies de caractère mécanique avec description d'irradiation dans les membres inférieurs, qui ont fait l'objet de nombreux traitements, à l'exception d'un traitement chirurgical ou d'infiltration de corticoïde en péri-durale.

Ces douleurs sont en relation essentiellement avec une discopathie L5-S1 avec la présence d'une hernie discale médiane et paramédiane gauche luxée vers le haut, accompagnée d'une lipomatose décrite comme importante lors du 1^{er} IRM (novembre 2004), modérée lors du contrôle de janvier 2006. Il n'y a pas de canal lombaire étroit à proprement parler, malgré l'aspect effilé de la région lombaire basse. A relever qu'il n'y a pas de compression radiculaire objectivable.

Comme élément surajouté, il existe des douleurs du genou droit chez un patient qui a déjà subi une ménisectomie interne partielle en 1969, en relation avec une chondropathie fémoro-patellaire de degré II-III, sans évidence d'atteinte méniscale, mais avec une tuméfaction du LCA sur la base de l'IRM qui vient d'être réalisée le 18.01.2006.

Ces douleurs vont entraîner de nombreuses périodes d'incapacité de travail vu les exacerbations à répétition. Il a pu reprendre son travail actuellement à 70%.

Question travail, de cuisinier, ce patient est devenu gestionnaire, puisqu'il tient le restaurant de ...[...] à ...[...] et assure un service traiteur, permettant de gérer jusqu'à 1'000 personnes (site internet). Pour assumer une telle tâche, il a dû engager un personnel important, comprenant 6 personnes en permanence avec une augmentation à 20-25 personnes en été et jusqu'à 80 personnes pour assurer le service traiteur en fonction de la demande.

Connaissant ses limitations, il sait qu'il ne doit rien porter et a dû engager 1 employée qui est à sa disposition en permanence.

Par rapport à son premier emploi (responsable du [...] d'...) [...] jusqu'en 2004) où il avait un travail de cuisinier à 80%, son activité actuelle a complètement changé, puisque de lui-même il reconnaît une capacité de travail de 80% ("si je peux déléguer").

Il s'agit par conséquent d'une bonne reconversion dans un travail adapté chez un patient dynamique, qui ne présente aucun trait dépressif, bénéficiant d'un bon encadrement social, faisant partie du [...] et qui gère avec intelligence une entreprise florissante.

[...]

4. RAISONS MEDICALES CONTRIBUTANT A UNE INCAPACITE DE TRAVAIL : il s'agit de lombalgies de caractère mécanique avec des irradiations dans les membres inférieurs, irradiations de caractère spondylogène et non radiculaire au vu des 2 bilans par IRM qui ont été réalisés (2004 et 2006). Comme élément nouveau, il signale des douleurs du genou droit avec cliniquement une limitation de la flexion, non constatée lors de l'expertise du Dr P. _____ en janvier 2006, qui s'accompagne sur le plan IRM d'une tuméfaction du LCA. Eventuellement, une nouvelle exploration par arthroscopie devra être discutée. Ces douleurs ne sont pas citées spontanément par le patient comme handicapantes, les plaintes rachidiennes étant toujours au premier plan.

5. JOURNEE TYPE : voir ci-dessus. Essentiellement travail de gestion et de distribution du travail en plus de représentation chez un patient qui n'accomplit actuellement plus aucune activité physique, pouvant bénéficier d'un personnel abondant, à qui il peut déléguer toute tâche physique.

6. MODIFICATION THERAPEUTIQUE : tout a déjà été tenté en dehors d'infiltrations périurales, infiltrations qui ont été différées pour l'instant compte tenu d'une lipomatose épaurale.

7. CAPACITE DE TRAVAIL ACTUELLE : spontanément, ce patient signale une capacité de travail de 80% dans un travail adapté ("si je peux déléguer"). Pour ma part, compte tenu du recyclage réussi et spontanément effectué dans un travail adapté chez ce patient volontaire, intelligent qui bénéficie d'un bon sens commercial je pense que la capacité de travail est complète ou limitée à un maximum de 10%.

La nécessité de la reconversion professionnelle est du reste mise actuellement au premier plan par la nouvelle révision de l'Al, auprès de laquelle ce patient a fait une demande, prétextant une incapacité de travail de 100% comme cuisinier."

Dans un rapport du 24 janvier 2007, le Dr Q. _____ du Service Médical Régional (SMR) de l'Al, après avoir examiné l'assuré, a mentionné notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- Lombocruralgies et cervico-brachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L5-S1, lipomatose périurale lombaire modérée entraînant un rétrécissement modéré du fourreau dural et avec périarthrite scapulo-humérale bilatérale sous forme d'un conflit sous-acromial.
- Gonalgies bilatérales dans le cadre d'une chondropathie fémoro-patellaire D, d'un petit kyste poplité interne et d'une tuméfaction oedémateuse diffuse du ligament croisé antérieur D.

-sans répercussion sur la capacité de travail :

- Suspicion de syndrome du tunnel carpien bilatéral.
- Obésité.

APPRECIATION DU CAS

L'assuré se plaint de lombocruralgies bilatérales, de cervico-brachialgies bilatérales et de gonalgies bilatérales, ayant débuté à D. Ces diverses douleurs ont un caractère essentiellement mécanique. Au status, on note des troubles statiques modérés du rachis. La mobilité lombaire est très diminuée, mais l'assuré est également très démonstratif au cours de tout l'examen ostéoarticulaire. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part celle des hanches, qui est en fait limitée par des lombalgies et par le manque de collaboration de l'assuré. La distance pouce-C7 est également augmentée ddc, surtout à G, mais, là encore, il semble que ce soit en relation avec un manque de collaboration. Par ailleurs, au niveau des 2 épaules, il existe une épreuve de Hawkins positive, laissant suspecter la possibilité d'un conflit sous-acromial. L'assuré présente également des douleurs des 2 épicondyles et des 2 épitrochlées, avec épreuves d'épicondylite et d'épitrachléite négatives. Il n'y a par ailleurs pas de signe pour une

arthropathie inflammatoire. Le status neurologique est par ailleurs normal. Les épreuves de Lasègue sont limitées à 60°, non par un syndrome radiculaire, mais par des lombalgies. Il existe également des manoeuvres de Tinel positives au niveau des 2 poignets, qui laissent suspecter la possibilité d'un syndrome du tunnel carpien, qui serait à infirmer ou confirmer par un électromyogramme qui pourrait être demandé par le médecin traitant.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles dégénératifs du rachis avec une lipomatose lombaire péri-durale et une hernie discale L5-S1. Une IRM des genoux met en évidence une chondropathie fémoro-patellaire de grade II à III, sans signe de déchirure du ménisque externe, un petit kyste poplité interne et une tuméfaction oedémateuse diffuse du ligament croisé antérieur, qui pourrait correspondre à une dégénérescence kystique de ce ligament.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, la capacité de travail comme restaurateur indépendant s'occupant surtout de la cuisine est nulle. Par contre, dans une activité de restaurateur indépendant comme l'assuré avait au [...] d' [...], où il faisait surtout de la supervision, la capacité de travail est de 80%. Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées, la capacité de travail a toujours été complète.

Les limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction des membres supérieurs à plus de 80°, pas de lever de charges excédant 8kg avec les membres supérieurs.

Membres inférieurs : pas de travail nécessitant des genuflexions répétées ou le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou escaliers.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Il y a une incapacité de travail de 80% du 18.08.05 au 31.01.06, de 50% du 01.02.06 au 30.04.06, de 30% dès le 01.05.06 et de 100% depuis juin ou juillet 2006 (à préciser encore auprès du médecin traitant).

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Comme signalé plus haut, dans le cadre d'une activité de restaurateur s'occupant surtout de la cuisine.

Par contre, dans une activité de restaurateur s'occupant surtout de la supervision du personnel comme il avait au [...] d' [...], la capacité de travail a toujours été de 80%.

Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail a toujours été complète.

Cependant, au vu du caractère très démonstratif de l'assuré, on peut craindre que des mesures professionnelles échouent, même si ce dernier nous assure qu'il aimerait retrouver un travail léger et

suivre une formation adéquate ou une remise à niveau dans son métier.

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des constatations rhumatologiques effectuées lors de l'examen SMR du 19.12.06, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité de restaurateur s'occupant surtout de la cuisine. Par contre, dans une activité de restaurateur s'occupant surtout de la supervision du personnel, la capacité de travail est de 80%. Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail a toujours été complète.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle : 0% (restaurateur s'occupant surtout de la cuisine)

80% (restaurateur s'occupant de la supervision du personnel)

Dans une activité adaptée : 100% depuis toujours."

Dans un rapport du 19 février 2007, le Dr J._____ du SMR a indiqué notamment ce qui suit :

"A la suite de l'avis CEP du 08.08.2006, l'assuré, au bénéfice d'un CFC de cuisinier, a été examiné au SMR sur le plan rhumatologique par le Dr Q._____, dont le rapport d'examen du 24.01.2007 fait partie intégrante de la présente.

Il met en évidence les diagnostics et les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus et estime sa capacité de travail résiduelle dans son activité de cuisinier (0%), de restaurateur supervisant son personnel (80%) et de 100% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles.

Par contre, il estime que, au vu de sa démonstrativité dans son syndrome douloureux, il sera difficile de motiver l'assuré pour la réalisation de mesures professionnelles".

Un rapport d'enquête économique pour les indépendants du 27 février 2007 a conclu comme il suit :

"9. Conclusion, mesures de réadaptation

Monsieur A.X._____ est un restaurateur de 53 ans qui s'est vu contraint de renoncer à son activité indépendante en raison de son atteinte à la santé.

Conscient de la nécessité de retrouver une activité professionnelle afin de pouvoir mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle, il se montre demandeur de mesures de reclassement (ou de perfectionnement).

Nous vous proposons de soumettre sans tarder son dossier à notre division réadaptation afin que la situation puisse être examinée par un(e) spécialiste

Concernant le préjudice économique, il est presque complet dans son activité habituelle, étant donné que son activité accessoire de traiteur ne lui permettra probablement pas de réaliser des revenus conséquents.

Toutefois il s'agira de déterminer le préjudice économique au terme de l'examen du dossier par la réadaptation.

Le RS [revenu sans invalidité] à prendre en considération se monte à Sfr. 113'870.- brut (valeur 2005)."

Dans un rapport final du 13 novembre 2007, le conseiller de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) indiquait ce qui suit :

"Nous nous référons à nos rapports des 03.09.2007 et 02.10.2007 et y donnons suite de la manière suivante.

Dans notre rapport initial, nous proposons que M. A.X. _____ suive des cours intensifs de management liés à l'hôtellerie et la restauration, dispensés par l' [...], qui débuteraient à fin octobre, à raison de 4 jours par semaine durant 4 mois pour un montant de Sfr. 9'675.- (taxe d'examen comprise).

Ce délai pour l'inscription étant relativement court, nous souhaitons que l'assuré passe des tests OP afin de déterminer si oui ou non il a les capacités de suivre une telle formation. Les résultats de l'OP nous le confirment et nous pouvons donc inscrire M. A.X. _____ à ces cours.

Toutefois, lors de la restitution de ses résultats, M. A.X. _____ nous annonce qu'il a d'autres projets en tête et qu'il vient de signer pour la reprise du restaurant de [...] d' [...]. Il a engagé un cuisinier, sa femme et son fils s'occupent de la cuisine, du service et de l'administratif ; de son côté, l'assuré veut gérer ce qu'il appelle les relations publiques.

Au vu de ce qui précède, M. A.X. _____ renonçant à la mise en place de mesures professionnelles, nous allons donc procéder à une approche théorique. Voici nos chiffres.

Le RS a été fixé à Sfr. 113'870.- pour l'année 2005 dans l'enquête économique pour indépendant du 27.02.2007. Ce montant est à actualiser à 2006, soit Sfr. 115'236.-.

Quant au RI, si nous nous basons sur le tableau TA 1 de l'ESS, hôtellerie et restauration, niveau 1+2, année 2004, nous obtenons un revenu de Sfr. 5'104.-, soit Sfr. 61'248.- (12 mensualités, le 13ème salaire faisant déjà partie du calcul).

Selon la CCNT de l'hôtellerie et de la restauration pour l'année 2006, nous obtenons pour la plus haute catégorie un salaire de Sfr. 6'515.-, soit Sfr. 84'695.- (13 salaires).

Nous estimons que les salaires indiqués par la CCNT en vigueur dans la branche reflètent plus la réalité, notamment avec les distinctions de formation (employé qualifié ou non qualifié, avec ou sans

expérience, avec ou sans personnel sous ses ordres,...). Par conséquent, si M. A.X. _____ avait accepté la mise en place de mesures professionnelles courtes et ciblées visant l'obtention d'un diplôme en management, il aurait pu escompter au minimum sur un revenu de Sfr. 84'695.-. Nous retiendrons ce chiffre comme RI.

De la comparaison de ces deux gains reste toujours un préjudice économique important qui ne peut toutefois pas être réduit. Par contre, il n'est pas suffisant pour des prestations financières de la part de notre Assurance.

Notre intervention étant dès lors terminée, nous archivons ce dossier et vous laissons le soin d'y donner la suite qui convient."

Dans un projet de décision du 15 mai 2008, l'OAI a indiqué notamment ce qui suit :

"Résultat de nos constatations :

Dès le 18 août 2005, vous présentez des problèmes de santé et vous n'êtes pas à même de reprendre votre activité habituelle de restaurateur indépendant, travaillant principalement en cuisine.

Cependant, après examen de votre dossier par le Service médical régional AI, vous pouvez travailler à 80 % comme restaurateur s'occupant de la supervision du personnel et à 100 % dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles.

Vous avez donc été contacté par notre service de réadaptation professionnelle qui souhaitait vous proposer des cours intensifs de management liés à l'hôtellerie et à la restauration dispensés par l' [...]. Toutefois, vous nous avez annoncé que vous aviez d'autres projets et que vous aviez repris un restaurant à [...].

Dès lors, afin de vous rendre une décision, nous nous sommes renseignés sur le salaire minimum que vous auriez pu réaliser après la mise en place des mesures professionnelles que nous souhaitions vous proposer. Ce salaire est de Fr. 84'695.- minimum par année.

Dans votre ancienne activité de restaurateur indépendant et sans atteinte à la santé, vous auriez perçu en 2006 un revenu annuel de Fr. 115'236.-.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :	
sans invalidité	CHF 115'236.00
avec invalidité	CHF 84'695.00
La perte de gain s'élève à	CHF 30'541.00 = un degré d'invalidité de 26.50%

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

Vous auriez pu bénéficier de mesures professionnelles, cependant, vous y avez renoncé car vous aviez d'autres projets professionnels.

Notre décision est par conséquent la suivante : La demande est rejetée."

Le 18 juin 2008, l'assuré a adressé à l'OAI ses objections suivantes :

"1) S'agissant tout d'abord du taux d'incapacité, il convient de se référer à l'expertise du Dr P. _____ du 10 janvier 2006, dont il résulte que la capacité de travail de M. A.X. _____ n'est que de 20%.

2) Sur le plan professionnel, après avoir dû abandonner l'exploitation du [...] d' [...], il a exploité, dès mars 2004, le [...] [...] à [...] puis, depuis le 1^{er} octobre 2007, l' [...] de cette même localité.

A près de 55 ans mon client, qui a toujours exploité des établissements publics et qui en a repris un depuis le 1^{er} octobre 2007 avec la collaboration de son épouse et de son fils, ne peut pas raisonnablement abandonner cette activité pour suivre des cours intensifs de management. Rien ne permet d'ailleurs d'affirmer qu'une telle formation complémentaire serait de nature à améliorer sa situation professionnelle actuelle. Quel hôtel-restaurant engagerait un manager de cet âge avec de tels problèmes de santé et offrirait de lui payer un salaire de l'ordre de fr. 84'695.- par an ?

En conclusion, je demande que M. A.X. _____ soit mis au bénéfice d'une rente entière AI ; subsidiairement de trois-quarts ou au moins d'une demi-rente."

Il résulte d'un rapport d'enquête économique d'indépendant du 31 octobre 2008 ce qui suit :

"Examen de dossier du 31.10.2008

Suite à la contestation de notre projet de décision du 15.05.2008, nous avons repris l'examen de ce dossier.

Rappel : selon le rapport d'examen SMR daté du 19.02.2007, la capacité de travail exigible de notre assuré se monte à :

- 0% en tant que « restaurateur s'occupant surtout de la cuisine ».
- 80% en tant que « restaurateur s'occupant de la supervision du personnel ».

- 100% dans une activité adaptée (voir limitations fonctionnelles en page 6 du rapport d'examen clinique SMR)

Depuis notre enquête du 22.02.2007, Monsieur A.X. _____ a été en contact avec notre division réadaptation. Au terme des entretiens qui ont eu lieu les 07.06. et 07.08.2007, il a été convenu qu'un complément de formation devait être mis sur pied afin de lui permettre d'acquérir de nouvelles compétences administratives en vue de pouvoir prétendre à un poste de cadre dans le domaine de la restauration. Un examen d'OP réalisé le 11 septembre 2007 a confirmé que l'intéressé disposait d'aptitudes suffisantes pour s'engager dans une telle formation.

Alors que ce projet était en passe de se concrétiser, Monsieur A.X._____ a pris la décision de renoncer à toute mesure de reclassement pour se lancer, avec le soutien de son épouse et de son fils, dans la reprise d'un restaurant ([...] d' [...]).

L'assuré n'étant plus demandeur de mesures professionnelles, il a été procédé au bouclage de son dossier par une approche théorique du préjudice économique. Cette approche a été basée sur un revenu d'invalidé (RI) tenant compte des perspectives de gains auquel aurait pu prétendre Monsieur A.X._____ au terme du reclassement prévu.

Le courrier du conseil de Monsieur A.X._____ (daté du 18.06.2008) nous confirme que notre assuré a repris l'exploitation de l' [...] d' [...] à partir du 01.10.2007, ce qui implique qu'il ne peut plus s'investir dans des cours intensifs de management.

Nous constatons que Monsieur A.X._____ a fait un choix personnel en s'engageant dans la reprise d'un nouvel établissement. A aucun moment notre Office n'a été associé au choix de réorientation et la question ne nous a pas été posée de savoir si l'activité envisagée permettrait la pleine mise en valeur de la capacité de travail exigible de la part de l'intéressé.

Nous estimons par conséquent qu'une nouvelle enquête économique ne se justifie pas, car elle ne permettrait pas de déterminer si le revenu effectif de Monsieur A.X._____ correspond à la meilleure mise en valeur possible de sa capacité de travail résiduelle.

De plus, même en admettant que l'activité actuelle soit adaptée, il est fort probable que, vu que l'établissement se trouve encore en phase de lancement, les résultats d'exploitation ne correspondent pas au potentiel de développement de ce café-restaurant.

Relevons encore que les comptes d'exploitation de l'année 2008 qui seraient indispensables pour une première analyse économique de la situation ne seront pas disponibles avant début 2009 (dans le meilleur des cas) et qu'il faudrait très certainement attendre ceux de 2009, voire 2010 pour pouvoir procéder à une analyse fiable, tenant compte de la période de démarrage de l'établissement."

L'OAI lui a adressé le 9 décembre 2008 la lettre suivante:

"Le 15 mai 2008, nous vous avons fait parvenir un projet de décision de refus de rente concernant notre assuré susmentionné, considérant que son taux d'invalidité était inférieur à 40 %.

Par courrier du 18 juin 2008, vous contestez notre position sur différents aspects.

Au plan médical tout d'abord, vous vous référez à l'expertise effectuée en janvier 2006 par le Dr P._____ pour le compte de l'assurance perte de gain de votre client. Nous relevons à cet égard que si cette expertise conclut effectivement à une capacité de travail limitée à 20 %, celle-ci doit s'entendre dans l'activité habituelle de cuisinier uniquement ; l'expert ne s'est en effet pas déterminé sur la capacité de travail exigible de M. A.X._____ dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Notre position se fonde quant à elle sur un examen clinique effectué par un médecin spécialiste en médecine interne et rhumatologie du

Service médical régional AI (SMR) en décembre 2006. Cet examen confirme l'incapacité de travail importante dans l'activité habituelle de notre assuré puisqu'il conclut à une incapacité de travail totale dans une activité de restaurateur s'occupant surtout de la cuisine, mais précise que la capacité de travail serait de 80 % dans une activité de restaurateur s'occupant de la supervision du personnel, et de 100 % dans une activité entièrement adaptée.

Vous ne faites pas valoir d'argument à l'encontre de la valeur probante de cet examen, et nous n'avons par conséquent aucune raison de nous écarter de ses conclusions. Au plan professionnel, vous soulignez le fait que votre client a repris un établissement avec son épouse et son fils depuis plus d'un an maintenant, et qu'il ne serait dès lors plus exigible de sa part de suivre des mesures professionnelles.

Nous relevons toutefois que notre assuré a débuté sa nouvelle activité postérieurement à son atteinte à la santé, mais également à sa demande AI (demande de mesures professionnelles), sans nous avoir informés à l'avance de son projet malgré les contacts avancés avec notre service de réadaptation; cet argument ne peut donc être retenu, et l'abandon de sa nouvelle activité lucrative peut dès lors raisonnablement être exigé de M. A.X._____.

Nous rappelons que selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.

En l'occurrence, nous demandons une nouvelle fois à notre assuré de suivre la mesure proposée par notre service de réadaptation, soit des cours intensifs de management liés à l'hôtellerie et à la restauration, mesure qui lui permettrait de diminuer sensiblement sa perte de gain. Nous vous laissons un délai au 20 janvier 2009 pour nous faire part de la décision définitive de votre client à cet égard.

Si M. A.X._____ maintient sa position actuelle, nous tiendrons compte dans l'évaluation de son préjudice économique des gains qu'il aurait pu réaliser s'il avait effectué la mesure proposée par notre service de réadaptation, et confirmerons par conséquent notre refus de rente."

Par déclaration de sinistre datée du 18 août 2008, A.X._____ a annoncé à M._____, auprès de laquelle il était assuré pour les accidents, avoir été victime d'un accident de la circulation qui s'était produit le 16 août 2008. Il mentionnait une fracture de la cheville gauche, des contusions et possibles fissures au thorax des deux côtés et des contusions sur tout le corps. L'assuré a été hospitalisé dans les Etablissements E._____ (ci-après : Etablissements E._____).

Il a informé l'OAI de cet accident le 8 janvier 2009 et a joint à ce courrier notamment le rapport de police dont il résulte en particulier ce qui suit :

"Circonstances

Mme V._____, qui avait consommé des boissons alcooliques, circulait de Grandson en direction d'Yverdon-les-Bains, feux de croisement enclenchés. A la sortie de cette première localité, elle entreprit le dépassement de son ami C._____ et accéléra de manière à le distancer rapidement. Parvenue à l'endroit précité, sur un tronçon rectiligne, de son propre aveu, elle prit conscience que sa vitesse était nettement supérieure à celle autorisée et freina. Suite à cette manoeuvre, elle ne fut pas en mesure de conserver la maîtrise de son véhicule. En effet, elle se déporta à gauche, revint sur sa partie de route, puis dévia brusquement sur la voie opposée où elle heurta violemment, avec l'avant de sa Mitsubishi, l'angle avant, même côté, du véhicule conduit normalement en sens inverse par M. A.X._____. Suite au choc, la BMW A.X._____ escalada le trottoir sis à droite de la chaussée, effectua un demi-tour, puis termina son embardée de l'autre côté de la route, dans la bande herbeuse, l'avant direction [...]. Quant à la machine V._____, elle s'immobilisa en travers de sa voie de circulation, l'avant en direction [...].

Peu après, M. C._____ conducteur pris de boisson, qui circulait également de Grandson en direction d'Yverdon-les-Bains, arriva à une allure de 60 km/h, selon ses dires, feux de croisement enclenchés. Toutefois, au vu de son état physique, il ne fut pas en mesure d'apercevoir, de réagir et de s'arrêter à temps en présence de l'accident précité, survenu quelques instants auparavant. En effet, il poursuivit sa route à travers les débris, projetés sur la chaussée lors du premier choc, puis malgré une tentative d'évitement, perdit la maîtrise de son véhicule qui heurta, avec le côté droit, l'arrière gauche de l'auto V._____. Suite au choc, il s'arrêta un peu plus loin et fit demi-tour pour se garer vers les deux autres véhicules endommagés."

L'assuré a été opéré le 25 août 2008 par le Dr D._____, médecin-chef du Service de chirurgie orthopédique des Etablissements E._____ qui, dans un rapport du 28 octobre 2008 a posé les diagnostics de fracture du pilon tibial gauche type AOC1, contusion du genou gauche, fracture costale basale gauche et lésion en deux temps de la rate, l'assuré ayant été hospitalisé du 17 août au 12 septembre 2008.

Le Dr H._____ des Etablissements E._____, dans un rapport du 12 décembre 2008, a mentionné une incapacité de travail de 100 % depuis le 16 août 2008 et indiqué qu'il s'agissait de lésions

relativement graves et complexes, le résultat final ne pouvant être jugé avant un an et demi à deux ans après l'opération.

Dans un rapport du 24 décembre 2008, le Dr D. _____ a posé les diagnostics de :

- fracture du pilon tibial gauche de type AOC1 traitée par ostéosynthèse
- contusion du genou gauche
- entorse du ligament collatéral externe de la cheville droite
- fracture costale basale gauche
- lésion en 2 temps de la rate traitée par splénectomie
- exacerbation de lombosciatalgies.

Il a mentionné une évolution du traitement chirurgical de la cheville favorable avec une récupération progressive des amplitudes articulaires et une possibilité de marcher en appui du membre opéré. Au niveau de la cheville droite, il a indiqué que des douleurs restaient importantes nécessitant une contention et une physiothérapie. Il relevait également une péjoration des lombosciatalgies qui requéraient un traitement antalgique spécialisé. Il indiquait que la reprise d'une activité de travail de 10 % dès le 19 novembre 2008 était essentiellement administrative dans une entreprise de restauration, l'augmentation de la capacité de travail n'étant pas à envisager durant les mois à venir dès lors qu'il était trop tôt pour se prononcer sur une activité adaptée au handicap actuel du patient, la situation n'étant pas stabilisée.

Le 23 janvier 2009, le Dr D. _____ a indiqué qu'il lui semblait actuellement évident qu'en raison de lésions traumatiques actuelles et de l'état antérieur de son rachis et de ses genoux, l'assuré ne pourrait reprendre une activité de restaurateur et qu'il allait remettre son restaurant ce qui lui semblait une sage décision, une activité de supervision de traiteur à hauteur de 10 % étant poursuivie. Il estimait en l'état que celle-ci ne pouvait pas être augmentée.

Dans un rapport du 18 février 2009 adressé à l'OAI, le Dr D. _____ a en outre mentionné ce qui suit :

"Diagnostics avec effet sur la capacité de travail
Fracture du pilon tibial gauche type AOC1
Contusions sévères du genou gauche
Entorse du ligament collatéral externe de la cheville droite
Contusions lombaires
Fractures costales basales gauches

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail Existant depuis quand?

Rupture en 2 temps de la rate traitement hospitalier/cure

[...] la fracture du pilon tibial a été traitée chirurgicalement. L'entorse du ligament collatéral externe de la cheville a été traitée de façon conservatrice. Les contusions lombaires dans le cadre de lombalgies préexistantes ont nécessité une approche spécifique antalgique par le Dr F. _____. Les fractures costales ont évolué favorablement.

1.4

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)

A la consultation du 23.01.09 l'évolution est discrètement favorable. L'adaptation du TTT [traitement] antalgique est performante et le TTT de physiothérapie lui permet de marcher quelques pas sans canne et de se rééduquer en piscine.

Symptômes actuels/état actuel

L'examen clinique des membres inférieurs révèle un genou gauche sec, stable, douloureux en fin de flexion mais qui atteint tout de même 120° avec un déficit d'extension de 5°.

L'examen de la cheville montre une cicatrice calme, une flexion dorso-plantaire de 15-0-20°, des douleurs à la palpation des gouttières malléolaires interne et externe droites. La cheville est symptomatique au niveau du ligament collatéral externe avec des péroniers sensibles. Il existe une aponévrosite plantaire avec talalgies.

Les radiographies réalisées de la cheville montrent une consolidation de la fracture. Il n'y a pas de trouble dégénératif majeur post traumatique. Les radiographies du genou gauche révèlent un pincement fémorotibial interne et un effilement du massif des épines. Le compartiment fémoro-patellaire est également le siège de troubles dégénératifs arthrosiques.

Une IRM sera réalisée afin d'évaluer plus finement l'état de ce genou.

Pronostic

Réservé chez ce patient polytraumatisé dont les suites sont particulièrement difficiles."

Il a conclu à une incapacité de travail de 100% dans l'activité de cafetier-restaurateur, l'assuré ne pouvant en aucune manière reprendre une telle activité en raison d'une arthrose post traumatique

vraisemblable de la cheville, du genou et d'une décompensation du rachis cervico-dorso-lombaire.

Le 20 février 2009, le Dr N._____, spécialiste en médecine générale, a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de spondylodiscarthrose lombaire et de fracture de la cheville gauche. Il indiquait que l'assuré ne pouvait plus exercer son travail de cuisinier mais déjà avant l'accident.

Dans une lettre du 27 février 2009 adressée au juge pénal, le Dr F._____ a notamment écrit avoir noté dans les suites de l'accident, une accentuation de la symptomatologie préexistante malgré une augmentation du traitement médicamenteux.

Le Dr D._____ a indiqué, dans un rapport du 12 mars 2009, que le patient ne pourrait jamais reprendre une activité indépendante de restaurateur indépendant et conclu à l'utilisation d'un fauteuil roulant pour une durée indéterminée. Il a joint le rapport d'IRM du 19 février 2009 où il est mentionné "arthrose du compartiment interne associée à des lésions méniscales et arthroses fémoro-patellaire débutante. Dégénérescence mucoïde des ligaments croisés."

Dans un rapport du 23 avril 2009, le Dr W._____, spécialiste en médecine générale, a mentionné en ce qui concerne la cheville gauche ne pas comprendre la discrédance entre l'état radiologique et clinique et l'état décrit par le patient qui ne pouvait pas marcher plus que 10 mètres avec des douleurs des deux chevilles, ni se passer de sa chaise roulante, cette discrédance l'empêchant de répondre à la question posée à savoir à quel moment la stabilisation de l'état de la cheville peut-il être envisagé. Il a néanmoins estimé qu'une année après une fracture du pilon tibial bien réduite, la symptomatologie devrait disparaître. En ce qui concerne le genou gauche, il a indiqué qu'une corne antérieure de ménisque n'était pas une lésion provoquant des douleurs et que la gêne ressentie par le patient était une gêne liée à une lésion dégénérative du genou qui était antérieure à l'événement du 16 août 2008. Il a ajouté que lors de

l'accident une compression du genou ne pouvait pas être exclue au vu de la violence de ce dernier mais que l'examen IRM n'avait pas mis en évidence de lésions traumatiques dans ce genou mais exclusivement des lésions dégénératives préexistantes. Il estimait en conséquence que les troubles actuels concernant ce genou n'étaient pas en lien avec l'accident. Il a ajouté que les douleurs lombaires ressenties par l'assuré étaient d'origine dégénérative, la violence du choc ayant pu aggraver cette symptomatologie, mais seulement passagèrement.

Le 14 mai 2009, le Dr D. _____ a indiqué ce qui suit :

"1. Pouvez-vous nous dire si l'état de santé est stabilisé d'un point de vue orthopédique ?

L'évaluation donnée exclut la pathologie rachidienne qui est prise en charge par le Dr F. _____. En ce qui concerne les lésions orthopédiques à l'exclusion du rachis il est prématuré de dire que la situation est stabilisée car le patient nécessite encore un traitement de physiothérapie qui améliore la fonction de ses chevilles droite et gauche. La décompensation d'une gonarthrose essentiellement fémoro-tibiale interne actuellement peu symptomatique peut nécessiter à court à moyen terme un traitement de type arthroplastie.

2. Quelle serait sa capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes :

A l'exclusion de la pathologie rachidienne, la capacité de travail dans une activité adaptée pourrait être de 20 %."

Le 29 mai 2009, le Dr F. _____ a exposé ce qui suit :

"1 Anamnèse?

Monsieur A.X. _____ signale une exacerbation des lombalgies et des dorsalgies depuis son accident de circulation. Les dorsalgies se manifestent par une douleur dorsale et paradorsale gauche, accompagnée d'une composante rétro-xiphœidienne antérieure. Cette douleur est fluctuante dans le temps. Les lombalgies se manifestent au niveau lombaire bas avec une irradiation de part et d'autre au niveau para-lombaire. Il y a une nette exacerbation de la symptomatologie algique en position debout et lors des mouvements de rotation et flexion. Il y a une atténuation partielle en position assise et couchée, même si la position assise reste une position difficile à long terme. Son traitement par Dafalgan 4 x 1g et Nisulid 2 x 100 mg, ainsi que patches de Transtec 35 pg/h tous les 3 jours, procure un soulagement partiel mais est accompagné d'effets secondaires, de constipation et de ballonnements, de même que des brûlures d'estomac par intermittence. Il signale également des gonalgies et des douleurs au niveau des deux chevilles pour

lesquelles il est suivi plus particulièrement par le Dr D._____, le Dr K._____, et le Dr N._____.

[...]

3 Constatations et diagnostics exacts?

L'IRM dorsolombaire du 6.05.2009 montre une protrusion discale au niveau D8-D9 à gauche et, dans une moindre mesure également de D9-D10 et D10-D11. Au niveau lombaire, il y a une hernie discale au niveau L5-S1 et une légère protrusion au niveau L3-L4 et L4-L5. Il s'ajoute une lipomatose du canal lombaire de L3 jusqu'au niveau du sacrum. Il y a également une arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1.

Diagnostics exacts:

Dorsalgies et lombo-sciatalgies sur spondylose, spondylarthrose, dysfonction segmentaire tant dorsale que lombaire, dysfonctions de l'articulation sacro-iliaque ainsi qu'une lipomatose lombaire.

4 Traitement ordonné? Pour quelle partie du corps? Merci de détailler votre réponse.

Je suis Monsieur A.X._____ à une fréquence d'environ une fois toutes les 4 semaines pour pratiquer un traitement invasif non segmentaire (dysfonction segmentaire dorsale et lombaire, dysfonction de l'articulation sacro-iliaque), ainsi qu'un traitement segmentaire élargi (infiltrations périurales par abord caudal). Ces traitements ont lieu pour ses dorsalgies et lombosciatalgies."

Le 9 juin 2009, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie, a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive chez une personnalité à traits obsessionnels et anxieux. Il a indiqué que la rigidité de la personnalité de l'assuré pourrait représenter un élément qui interviendrait dans le processus de guérison en rendant l'assuré moins souple dans les situations délicates. Il a précisé que le traitement psychiatrique consistait en un soutien et une mise en perspective des angoisses et du fonctionnement présenté par l'assuré et que le traitement avait commencé depuis peu.

Dans un rapport du 10 juin 2009, le Dr D._____ a précisé que l'association des lésions des membres inférieurs et une décompensation de douleurs du rachis limitait sévèrement le périmètre de marche du patient, la chaise roulante étant une aide à la mobilité dans un environnement qui le permettait. Il a ajouté qu'actuellement une partie des restrictions était liée à l'état antérieur. Ce praticien a exposé, dans un rapport du 19 août 2009, qu'en plus de la lésion du ligament collatéral externe de la cheville droite, s'ajoutait une composante neurologique avec une parésie des péroniers et de l'extenseur des orteils qui pouvait expliquer un steppage et une difficulté à stabiliser la cheville en terrain

inégal et qui justifiait la poursuite du port de l'Ankle-fix dans des chaussures montantes adaptées. Il estimait que cette instabilité, qui, selon lui, vraisemblablement n'existait pas avant l'accident, était probablement liée à une aggravation des lésions lombaires avec une atteinte L5 en tout cas.

M. _____ a mandaté comme expert le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Il résulte de son rapport du 31 août 2009, notamment ce qui suit :

"Diagnostic

- Status après fracture comminutive du pilon tibial gauche, traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse le 25.08.2008.
- Status après splénectomie le 29.08.2008 pour rupture en deux temps.
- Status après contusion du genou gauche.
- Status après entorse du ligament collatéral externe de la cheville droite.
- Fracture costale basale gauche.
- Dorso-lombalgies et sciatalgies sur troubles statiques et dégénératifs.
- Hernie discale L5-S1, non déficitaire.
- Arthrose cervicale.
- Gonarthrose bilatérale.
- Surcharge pondérale.

4.- Evolution

L'évolution post traumatique est favorable.

Au niveau de la cheville gauche, la consolidation a été obtenue avec une bonne réduction de la fracture, malgré sa comminution. Actuellement, la mobilité de cette articulation est bonne.

La mobilité de la cheville droite est normale, il n'y a aucune instabilité ligamentaire. Il est difficile d'expliquer la persistance de douleurs au niveau du sinus du tarse. Selon les déclarations de M. A.X. _____, ces douleurs seraient invalidantes. Le status post splénectomie est rassurant, actuellement.

Les dorso-lombalgies, les sciatalgies et les gonalgies sont connues de longue date et sont préexistantes de plusieurs années au traumatisme du 16.08.2008.

Même si on admettait une possible aggravation de la symptomatologie dorso-lombaire et des gonalgies à la suite de l'accident du 16.08.2008, cette aggravation devrait être limitée dans le temps. Après une année d'évolution depuis le traumatisme, le rapport de causalité ne devrait plus être retenu, d'autant qu'il n'existe aucun substrat traumatique objectivable. Un an d'évolution est suffisant pour que le statu quo ante/sine soit atteint au niveau de la colonne vertébrale et des deux genoux.

Les limitations fonctionnelles actuelles dont fait état M. A.X. _____ sont principalement en rapport avec ses problèmes dorso-lombaires et les gonalgies. Ce sont ces problèmes qui ont motivé la décision de M. A.X. _____ de remettre son restaurant, décision qui était pendante depuis 2006, bien que le patient continuait à assurer le

service traiteur. Selon mes informations, le restaurant a été remis au mois de juin 2009.

Une demande de reclassement professionnel a été déposée auprès de l'assurance-invalidité. L'assuré souhaiterait compléter sa formation dans l'hôtellerie par un cours d'informatique, ce qui lui permettrait de postuler soit dans l'enseignement, au contrôle des postes d'apprentissage, soit dans une activité dans un laboratoire alimentaire ou à l'inspection des restaurants. Dans ces activités, le taux d'occupation de M. A.X. _____ pourrait atteindre 75 %. Une incapacité résiduelle définitive de 25 % correspondrait aux limitations dues aux phénomènes dégénératifs de la colonne lombaire et des deux genoux.

Les deux chevilles, notamment le status après ostéosynthèse de la cheville gauche, permettrait un taux d'occupation à 100 % dans une activité adaptée, telle que décrite ci-dessus ou dans une activité administrative. Dans une activité de cafetier, la capacité de travail pourrait également atteindre le taux de 100 %. Par contre, dans une activité de cuisinier, qui nécessite le port de charges, des déplacements dans un espace limité et la position debout, le taux de capacité de travail pourrait être limité entre 50 % et 75 %.

Je n'ai pas de proposition thérapeutique à formuler en relation avec l'accident du 16.08.2008. Le traitement de physiothérapie pour la cheville droite n'apporte plus d'amélioration notable et, de ce fait, il devrait être arrêté. M. A.X. _____ doit poursuivre son auto-rééducation seul, en pratiquant du vélo et les exercices de renforcement musculaire appris auprès du physiothérapeute.

5.- Est-ce que les plaintes subjectives peuvent être objectivées ?

En ce qui concerne la cheville gauche, les plaintes subjectives sont objectivées. Dans une moindre mesure, elles le sont également pour ce qui concerne la cheville droite.

Les plaintes au niveau dorso-lombaire paraissent réelles, bien que formulées de manière trop convaincante.

Les plaintes aux deux genoux, plaintes qui prédominent au genou gauche, sont en corrélation avec l'état d'arthrose modérée objectivée par les examens d'imagerie.

6.- Causalité naturelle:

6.1. Les troubles actuels, sont-ils dus uniquement ou partiellement à l'accident du 16.08.2008?

&

6.2. Les troubles actuels, sont-ils dus à l'accident du 16.08.2008 d'une façon seulement possible ou fortement probable?

Les plaintes au niveau des deux chevilles sont en rapport de causalité direct avec l'événement du 16.08.2008.

Un an après l'accident, il n'y a plus de rapport de causalité entre l'événement du 16.08.2008 et les gonalgies bilatérales et/ou les dorso-lombalgies.

6.3. Est-ce qu'une éventuelle aggravation d'une affection de la santé préexistante, causée par l'accident du 16.08.2008, peut être considérée comme guérie?

Il est possible que l'événement du 16.08.2008 ait pu aggraver de manière minimale l'état de la colonne dorso-lombaire et des deux genoux. Cependant, en absence de lésion traumatique objectivable, cette aggravation devrait être limitée dans le temps. Un an d'évolution, c'est-à-dire à la date de mon examen du 25.08.2009,

est un délai largement suffisant pour admettre que le status quo ante/sine ait été retrouvé pour ces affections.
Au vu de ma réponse aux questions n° 6.1, n° 6.2 et n° 6.3, les questions n° 6.4, n° 6.5, n° 6.6 sont caduques.

7.- Peut-on encore attendre une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré?

Oui, on peut encore attendre une amélioration notable de l'état de santé, car M. A.X. _____ peut encore améliorer son autonomie de marche dans le futur. Un assouplissement de l'articulation de la cheville gauche est également possible.

8.- Est-ce que l'assuré nécessite un traitement de soutien afin de maintenir son état de santé?

Non, j'estime que plus aucun traitement de soutien n'est nécessaire. L'assuré devrait poursuivre seul son auto-rééducation avec la pratique des exercices appris, la pratique de vélo et éventuellement une rééducation dans l'eau.

9.- Capacité de travail:

9.1. Appréciation de la capacité de travail de M. A.X. _____ dans son activité professionnelle de gérant (restauration-traiteur) en considérant l'occupation exercée jusqu'à maintenant?

Durée et pronostic?

En tant que gérant d'un restaurant-traiteur, si on partait du principe qu'il s'agit d'une activité uniquement administrative, la capacité de travail est estimée à 100 %.

En tant que cuisinier, activité qui nécessite la station debout prolongée et le port de charges, le taux de capacité est estimé à 50 %, voire au maximum à 75 %. A long terme la cheville gauche pourrait développer une arthrose tibio-astragalienne qui pourrait compromettre la station debout prolongée et limiter le taux de capacité de travail à 50 %. Pour cette raison, un reclassement professionnel est indiqué.

Dans une activité qui ne nécessite pas la position debout prolongée, le soulèvement et le port de charges et qui privilégie la position assise, la capacité de travail est estimée à 100 % sans diminution de rendement.

10.- L'utilisation actuelle d'une chaise roulante répond-elle aux critères d'économie et d'adéquation du traitement prévus dans le cadre de la LAA ?

L'utilisation d'une chaise roulante n'est plus indiquée à l'heure actuelle. Le rapport d'utilisation de cette chaise roulante avec les lésions traumatiques entrant dans le cadre de la LAA n'est pas adéquat.

M. A.X. _____ utilise ce moyen auxiliaire par confort et principalement pour son problème lombaire.

11.- Appréciation de l'atteinte à l'intégrité des suites de l'accident selon les tables du service médical de la SUVA, en tenant compte d'une éventuelle aggravation prévisible dans le futur?

Il est trop tôt pour une appréciation du taux d'atteinte à l'intégrité. La situation devra être réévaluée dans environ un an pour les deux chevilles.

La splénectomie donne déjà une atteinte à l'intégrité de 10%."

Dans un avis médical du 4 novembre 2009, le Dr B. _____ du SMR a mentionné ce qui suit :

"Antérieurement au 16 août 2008, c'est l'exigibilité du rapport d'examen SMR du 19 février 2007 qui s'applique.

Expertise orthopédique Dr T. _____ 25 août 2009

Diagnostics:

Status après fracture comminutive du pilon tibial gauche
Status après splénectomie
Status après contusion du genou gauche
Dorsolombalgies sur troubles statiques et dégénératifs
Hernie discale L5-S1 non déficitaire
Arthrose cervicale
Gonarthrose bilatérale
Surcharge pondérale

L'expert estime qu'en date du 25 août 2009 le statu quo sine/ante est retrouvé en ce qui concerne les conséquences de l'accident.

L'incapacité de travail secondaire à l'accident a été de 100% du 16 août 2008 au 25 août 2009.

Depuis le 26 août 2009 la capacité de travail est de 0% comme restaurateur s'occupant de la cuisine, 80% comme restaurateur s'occupant de la supervision du personnel et entière dans une activité adaptée.

Limitations fonctionnelles: Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction des membres supérieurs à plus de 80°, pas de lever de charges excédant 8kg avec les membres supérieurs. Membres inférieurs : pas de travail nécessitant des genuflexions répétées ou le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou escaliers."

Le 23 novembre 2009, la Dresse S. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a indiqué ce qui suit :

"Diagnostic principal

- Dorsalgies sur protrusion discale D8/D9 et dans une moindre mesure D9/D10 et D10/D11
- Lombalgies chroniques sur lésions dégénératives étagées et hernie discale L5/S1.
- Gonalgies gauches sur gonarthrose tibio-fémorale interne.
- Status post fracture du pilon tibial gauche traitée par ostéosynthèse en août 2008 — arthrose post traumatique.
- Status post entorse de la cheville droite (accident du 02.08.2008).
- Atteinte tronculaire du nerf péronier droit post traumatique (accident du 02.08.2008).

- Status post fracture en deux temps de la rate post accident (accident du 02.08. 2008) — splénectomie.
- Physiothérapie biquotidienne pour mobilisation à sec et en piscine du rachis, renforcement musculaire global.
- Ergothérapie pour correction de postures, protection lombaire et stratégie pour améliorer la qualité de la vie quotidienne.”

Elle a conclu son rapport comme il suit :

"En conclusion

Il y a peu d'évolution après l'investissement thérapeutique de ces trois semaines d'hospitalisation. La physiothérapie mérite toutefois d'être poursuivie.

En ce qui concerne la neuropathie péronière droite le traitement de Lyrica doit être poursuivi à des doses thérapeutiques (environ 250 mg/j). Nous n'avons pas changé le reste de la médication de Monsieur A.X._____. Mentionnons que durant l'hospitalisation il a présenté une crise d'anxiété généralisée qui a bien répondu au traitement de Temesta.

Nous vous proposons de revoir le patient pour un nouveau bilan clinique et ajustement du traitement physique dans 4 semaines."

Par communication du 25 novembre 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à l'orientation professionnelle.

Il résulte d'un compte rendu d'entretien avec l'assuré du 16 décembre 2009 qu'il avait un rendez-vous le 12 janvier 2010 avec le Dr D._____ pour planifier une intervention chirurgicale et qu'il était convenu que l'assuré contacterait l'OAI pour l'informer de la date de l'intervention et de l'estimation de la durée de la convalescence. Il est également mentionné dans ce compte rendu qu'une fois la situation médicale stabilisée, la mesure d'orientation professionnelle serait mise en place sous la forme d'un bilan de compétences et d'un cours informatique.

Le 21 décembre 2009, le Dr T._____ a répondu aux questions posées par M._____. Il a indiqué que l'hospitalisation du 19 octobre au 6 novembre 2009 n'était pas appropriée ni économique selon les dispositions légales régissant l'assurance-accidents. Il a expliqué qu'à plus d'une année depuis l'accident, et après de multiples séances de physiothérapie, le nouveau traitement de physiothérapie pouvait se faire en ambulatoire et que d'ailleurs le résultat était nul et donc on pouvait se

poser la question de l'utilité de poursuivre ce traitement. Il a mentionné que la parésie du péroné et de l'extenseur des orteils droit n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'événement du 16 août 2008 parce que l'assuré n'avait pas eu de pied tombant ni de steppage lors de son examen. Il a ajouté qu'il y avait une hernie discale L5-S1 qui avait pu se décompenser. Il a précisé que l'atteinte tronculaire du sciatique poplité externe (SPE) ne se faisait pas lors d'une entorse de la cheville et que l'atteinte était apparemment modérée. S'agissant du pronostic sur l'évolution de ce trouble, il a mentionné qu'il y avait des séquelles possibles mais sans influence sur la capacité de travail. Il a enfin indiqué que les nouveaux rapports médicaux reçus ne changeaient pas ses conclusions et que dans une activité administrative c'est-à-dire de bureau la possibilité de travail était de 100%, la capacité en tant que cuisinier étant exigible à 50% et qu'elle pourrait être augmentée à 75% selon le lieu de travail, l'importance, le nombre de repas etc.

Le 13 janvier 2010, le Dr D._____ a mentionné que les séquelles du traumatisme dont avait été victime l'assuré étaient inchangées. Il a mentionné qu'il allait être procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du pilon tibial gauche le 18 février 2010, cette intervention nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours. Il ajoutait que les suites de l'intervention de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ainsi que les complications du traumatisme du 16 août 2008 ne modifieraient pas l'évaluation de la capacité de travail réalisée antérieurement.

Le 5 février 2010, le Dr T._____ a répondu à M._____ qu'il pronostiquait une incapacité de travail de quatre à six semaines après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, les conclusions de l'expertise du 25 août 2009 restant inchangées après ce délai.

Le 25 février 2010, le Dr D._____ a écrit au médecin-conseil de M._____ qu'il existait une relation de causalité entre l'accident subi par l'assuré et la lésion du péroné. Il indiquait qu'associée à une entorse sévère, la parésie avait été objectivée par ENMG réalisé par le service de

neurologie du CHUV le 26 octobre 2009 qui mettait en évidence une atteinte axonale dans le cadre d'une atteinte tronculaire du nerf péroné droit.

Par décision du 4 mars 2010, M._____ a indiqué cesser de prendre en charge les traitements médicaux en relation avec les gonalgies bilatérales et/ou les dorsolombalgies à compter du 25 août 2009 et continuer à prendre en charge le traitement au niveau des deux chevilles (sans la parésie des péronés et de l'extenseur des orteils) et en particulier le traitement en relation avec l'ablation du matériel d'ostéosynthèse qui a eu lieu le 18 février 2010. Concernant les indemnités journalières, elle a en outre indiqué qu'elles seraient versées à raison de 70 % jusqu'au 31 mars 2010 (100 % pendant la période d'incapacité de travail découlant de l'intervention du 18 février 2010) afin de permettre à l'assuré de prendre les mesures nécessaires pour trouver un emploi adapté à son handicap ou pour s'inscrire à l'assurance-chômage. Elle a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité concernant la splénectomie en retenant un taux de 10 % correspondant à 12'600 francs. En ce qui concerne les deux chevilles, elle a considéré que la situation serait évaluée fin août 2010 et que l'appréciation de l'IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle) concernant les chevilles était prématurée au moment où l'expertise avait été réalisée en août 2009.

M._____ a confirmé son premier prononcé par décision sur opposition du 16 avril 2010. Elle a notamment considéré qu'au-delà du 25 août 2009 le rapport de causalité entre les gonalgies bilatérales et/ou dorsolombalgies était rompu, le lien de causalité entre la parésie des péronés et l'extenseur des orteils et l'accident étant nié. Elle a également confirmé que le versement des indemnités journalières cesserait au 31 mars 2010 en raison du fait que l'assuré était apte à travailler à 100%.

Dans son rapport du 9 mars 2010, le Dr Q.Q._____, urologue a posé le diagnostic de carcinome papillaire urothélial de haut grade, une urétrotomie interne - TURV ayant été pratiquée le 22 juin 2009. Il a précisé

que le problème urologique n'entraînait pas de restriction quant à la capacité de travail.

Le 25 mars 2010, le conseiller en réadaptation de l'OAI a notamment écrit ce qui suit :

"Le SMR estime sa capacité de travail nulle en tant que restaurateur s'occupant de la cuisine, de 80% s'il s'occupe de la supervision du personnel et de 100% dans une activité totalement adaptée (LF voir avis SMR 04.11.09).

Il a postulé notamment chez [...] pour un poste dans la direction, pour l'instant il n'y a pas de poste disponible. Il a des compétences dans la gestion du personnel au vu de son parcours professionnel, mais aucune certification. Il a de la peine à se projeter dans une nouvelle profession et nous lui avons proposé de faire un bilan de compétences pour l'aider, ce qu'il accepte. Il se déplace avec une béquille, par crainte de tomber si sa cheville « lâche », il ne voit pas comment il pourrait se présenter à un employeur ne se sentant pas encore en forme physiquement.

Il a très peu de connaissances informatiques, qui doivent être comblées s'il veut prétendre à un poste de cadre, c'est pourquoi nous proposons la prise en charge de la mesure suivante, au sens de l'art. 17 LAI :

Agent d'exécution :	[...]1400 [...] 024 [...] Cours d'informatique Excel Base Office 2003/Windows XP Word Base Office 2003/Windows XP
Objet :	
Fréquence :	Excel Base : 2 j. / semaine (mardi et jeudi) de 20h à 21 h 50 du 13.04.2010 au 18.05.2010. Word Base : 2 j. / semaine (lundi et mercredi) de 20h à 21 h 50 du 12.04.2010 au 12.05.2010"

Excel Base Office 2003/Windows XP

Par communication du 6 juillet 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à des mesures professionnelles et que par conséquent :

"Durant le stage de réadaptation effectué auprès de [...], [...], 1400 [...] nous verserons des indemnités journalières, du 21.06.2010 au 06.09.2010.

Objet : coaching individuel et bilan de compétences

Taux de présence : 100%, soit 26 heures au total (+ travail à domicile)"

Le conseiller en réadaptation dans son rapport du 31 août 2010 a mentionné notamment ce qui suit :

"Nous avons effectué un bilan chez [...] (voir rapport dans la GED). Plusieurs pistes professionnelles ressortent, il est maintenant intéressant de les vérifier par le biais d'un stage.

Durant la mesure, M. A.X. _____ a très bien collaboré, s'est rendu à tous les rendez-vous. Mais il exprime beaucoup de douleurs, prend plus de médicaments qui affectent sa mémoire et sa concentration et il a la phobie de se déplacer seul, en voiture ou en transports publics. Au vu de ses difficultés, M. A.X. _____ estime pouvoir travailler deux heures par jour. Nous lui rappelons l'exigibilité de 100% définie par le SMR, il la conteste car basée sur l'expertise du Dr T. _____. Actuellement, il est en litige avec la M. _____ qui avait mandaté cet expert, estimant que ce médecin a fait des erreurs. Selon ses dires une nouvelle expertise est prévue suite à un jugement du tribunal des assurances.

Nous proposons à M. A.X. _____ de poursuivre sa prise en charge avec Mme Z.Z. _____ de chez [...], en essayant de trouver un stage pour qu'il soit mis en situation.

En parallèle, nous lui demandons de nous avertir une fois l'expertise faite pour la soumettre au SMR et nous demandons également des renseignements médicaux à son psychiatre, le Dr Z. _____.

Nous proposons donc la prolongation de la mesure en cours jusqu'au 30.11.10 selon les modalités du plan financier du 28.06.10."

Le 22 octobre 2010, le Dr Z. _____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive (F43.22) et sans effet sur la capacité de travail de traits de personnalité dépendants, obsessionnels et anxieux (F60.8). Il a estimé que du point de vue psychique, en dehors du contexte actuel, l'assuré serait à même de continuer ses activités professionnelles et qu'actuellement la capacité était évaluée à 20%, du point de vue psychique mais que dans un contexte serein, il n'y avait pas de limitation psychique. Il a joint à ce rapport une lettre adressée au conseil de l'assuré le 18 novembre 2009, dans laquelle il a écrit notamment ce qui suit :

"En ce qui concerne la dimension psychique, je peux avancer les points suivants :

Monsieur A.X. _____ ne souffre pas d'une affection psychique constituée avec troubles fonctionnels qui le rendrait inapte à travailler. Sa capacité de travail du point de vue psychique est donc de 100%.

Il est toutefois important de préciser qu'il présente une vulnérabilité psychique certaine, présente depuis son entrée dans l'âge adulte. Cette particularité ne l'a pas empêché de développer son activité commerciale, avec succès. Par contre, dans un contexte défavorable, elle le dessert dans la mesure où ses capacités d'analyse régressent facilement sous stress, laissant place à des angoisses délétères réactionnelles.

Par cette appréciation d'une capacité de travail conservée, nous favorisons activement la partie saine de notre patient et espérons ainsi favoriser la possibilité d'une issue favorable (réinvestissement du monde du travail).

Ce choix pourrait évidemment être remis en question selon l'évolution du contexte et les réactions du patient.

Ainsi, dans l'étape qui est actuellement la sienne, Monsieur A.X._____ exprime son désir d'assumer des tâches de direction (il a postulé pour un poste de direction dans l'alimentation), estimant par cette postulation qu'il se sent compétent. S'il perçoit un contexte bienveillant, il va pouvoir exprimer ses compétences et contenir ses plaintes. Dans un contexte perçu comme malveillant, le mouvement va s'inverser et les plaintes (musculosquelettiques au premier plan, anxieuses au deuxième plan) vont aller en s'amplifiant et réduire sa capacité de travail à néant."

Le conseiller en réadaptation, dans un rapport intermédiaire du 2 décembre 2010, a indiqué notamment ce qui suit :

"Nous avons fait un nouveau point de situation chez [...]. Les démarches pour trouver un stage avancent, ils attendent encore des réponses. Il y a eu des contacts notamment avec l'Orif pour aider à la formation en cuisine, mais ce n'est pas possible actuellement. Il y aurait une possibilité à l'Orif de Sion, ce qui ne s'avère pas réalisable pour M. A.X._____, car il ne se déplace que sur de courts trajets en voiture et n'ose pas prendre les transports publics en raison d'angoisse.

Un poste de commissaire professionnel l'intéressait également, mais cela demande beaucoup de déplacements en entreprises, qui lui semblent impossibles à réaliser.

Pour s'occuper et garder des contacts, M. A.X._____ fait du bénévolat un soir par mois au groupe de tourisme d' [...] et il a participé une fois aux [...] pour remplacer quelqu'un. Il s'est occupé dernièrement du soutien de certains de ses anciens collaborateurs licenciés abusivement. Par ces situations, il a pu constater qu'il a les compétences pour de la médiation, mais il a des problèmes de concentration importants selon lui, qui le fatigue énormément. Quand il fait ces activités, il doit ensuite se reposer plusieurs jours. Il estime toujours sa capacité de travail à 20%.

Nous lui avons rappelé qu'il est important d'activer son réseau pour trouver un stage, mais pour lui il est difficile de faire des démarches vers des gens qu'il connaît, car il avait un poste haut placé et a de la peine à demander de l'aide pour un poste moins important.

A la fin de notre entretien d'une heure environ, M. A.X. _____ fait des exercices pour étirer son dos et dit avoir des douleurs.

En novembre, il a fait une expertise rhumato-psy au BREM (Dr???. _____ et S.S. _____) dans le cadre d'une procédure contre une assurance. Selon lui, les médecins remettraient en cause l'expertise du Dr T. _____ qu'il conteste lui-même depuis toujours. Il a rendez-vous à mi-janvier 2011 pour une lecture de cette expertise. Nous allons en demander une copie pour que le SMR puisse à nouveau se prononcer.

Des démarches sont toujours en cours, la mesure a donc du sens et nous la prolongeons jusqu'à fin février 2011 selon plan financier du 28.06.10 (la période des fêtes est peu propice à trouver des stages)."

Il résulte d'un compte rendu d'entretien du 24 février 2011 ce qui suit :

"Bilan chez [...] en présence de [...], l'assuré, Mme Z.Z. _____

M. A.X. _____ a vu les Dresse[s]???. _____ et S.S. _____ pour une expertise demandée par le Tribunal. Il a revu la Dresse???. _____ le 17.01.11, elle lui a fait un compte rendu oralement, mais elle n'a pas encore rédigé le rapport. Dès que cela sera fait, son avocat nous en enverra une copie. Cette expertise concerne sa situation avant son accident de voiture.

Il devrait la revoir le 17.03.11 pour une expertise pour les conséquences de son accident. Il s'agit ici d'une expertise demandée par le Tribunal à [...], La [...] essaie de la faire annuler selon M. A.X. _____.

Il revoit le Dr S. _____ aujourd'hui au CHUV pour son dos.

Concernant la mesure avec Mme Z.Z. _____, les démarches ont été faites auprès du [...], ses services sociaux (Mme [...], M. [...], M. [...]), à l'Orif, à M. [...] (RH Commune [...]), à [...] pour un poste de commissaire professionnel à 20-30%, mais il y a beaucoup de déplacements que M. A.X. _____ ne peut plus faire pour raisons de santé selon lui.

Il attend une réponse de M. [...] de l' [...]. Il a un contact avec M. [...] du service de l'hygiène. S'il n'avait pas eu son accident, il aurait certainement eu un mandat pour [...] pour la gestion des repas durant cette manifestation qui a lieu en juillet 2011, s'il va mieux, il va peut-être y travailler en tant que conseiller.

Avec Mme Z.Z. _____, ils ont fait des démarches auprès d'agences de placement à [...]. M. A.X. _____ connaît M. [...], directeur de [...], qui va peut-être créer un poste consistant à prendre des contacts téléphoniques pour organiser stage et emploi. En discussion dans l'entreprise, car il faut également engager une secrétaire. Il va peut-être faire un stage auparavant.

Mme Z.Z. _____ serait également intéressée par une aide de M. A.X. _____ pour l'aider à trouver des places de stages ou d'emplois à ses « coachés ». Elle pourrait l'engager pour un tel travail, mais pour cela un stage chez [...] serait intéressant.

Il se rendra à une conciliation aux [...], juge assesseur, ce qui lui prend que quelques heures d'occupation.

Il ne se déplace pas seul, il peut faire un trajet sur autoroute seulement s'il est accompagné dans la voiture. Il ne prend pas seul l'autoroute ou passe dans un tunnel suite au traumatisme de son accident de voiture selon lui. Il voit son psychiatre toutes les 6 semaines environ.

Suite donnée à l'entretien / propositions

Poursuite prise en charge Mme Z.Z. _____, des mesures sont en cours de concrétisation. En parallèle nous attendons toujours les renseignements médicaux nouveaux de l'expertise, une fois reçu, nous présenterons le dossier au SMR.

Le 28 février 2011, la Dresse S. _____ a écrit notamment ce qui suit :

"Conclusions, traitement et évolution

Dans l'ensemble, il y a peu d'évolution par rapport à mon examen de juin 2010, la parésie liée à l'atteinte axonale du nerf péronier droit est toujours présente et le patient doit marcher avec une attelle anti-steppage. Cette lésion est vraisemblablement directement liée à son accident.

Quant au problème rachidien, il s'agit de lésions dégénératives segmentaires multiétagées sans atteinte radiculaire, problématique vraisemblablement antérieure à l'accident, mais aggravée par cet événement. Pour cet aspect, Monsieur A.X. _____ fait régulièrement de la physiothérapie à sec et en piscine à [...] et est suivi en antalgie par le Dr F. _____ à l'Hôpital d' [...] qui pratique régulièrement des gestes infiltratifs avec une efficacité qui dure 3-4 semaines.

La qualité de vie de Monsieur A.X. _____ reste malheureusement en dessous de ce qu'un homme de son âge doit espérer.

Sa prise en charge actuelle me semble correcte, l'objectif restant toujours l'antalgie et la récupération fonctionnelle. Tous ces traitements s'effectuent correctement à [...] et personnellement je n'ai rien à ajouter à sa prise en charge."

[...] a établi un rapport de stage le 30 mars 2011 dont il résulte ce qui suit :

"1. But du stage :

Monsieur A.X. _____ est amené à prospecter et développer un réseau de sociétés afin de permettre aux coachés de réaliser des stages voire trouver des emplois.

2. Besoins et périmètre du stage

2.1. Besoins et opportunités

[...] aimerait être capable à moyen et long terme, de donner à ses coachés des possibilités de stages ou d'emplois. Pour atteindre cet objectif, disposer d'une personne avec des compétences de présentation et de vente, comme c'est le cas de Monsieur A.X. _____, est un grand atout.

2.2. Périmètre

L'objectif est de créer une base de données de sociétés en Suisse Romande avec lesquelles [...] peut travailler pour permettre à ses coachés de trouver des stages ou des emplois. Les objectifs du stage sont décrits ici de manière sommaire :

- rechercher des sociétés dans l'hôtellerie, la restauration, la distribution et l'industrie par différents moyens par exemple internet, journaux, etc.
- prospecter par téléphone auprès des responsables des ressources humaines ou des directeurs des sociétés sélectionnées
- présenter [...] et les profils des candidats faire le suivi et fixer les entretiens

3. Responsabilité du stage

Madame Z.Z. _____ assume la responsabilité du stage et le suivi avec l'Al.

4. Durée et lieu du stage

[...] propose une durée de 3 mois pour commencer, à revoir par la suite. Monsieur A.X. _____ pourra effectuer son travail depuis chez lui avec une rencontre hebdomadaire pour faire le point. Des entretiens téléphoniques réguliers seront nécessaires pour le suivi des dossiers en cours."

Par communication du 7 avril 2011, l'OAI a informé l'assuré notamment de ce qui suit :

"Nous avons examiné le droit à des mesures professionnelles et vous informons que les conditions d'octroi sont remplies.

Par conséquent :

Nous prenons en charge les coûts **d'un stage professionnel** effectué auprès de [...] à [...] **du 06.04.2011 au 06.07.2011.**

Taux de présence : 50% - 100%"

Mandatées par le Tribunal d'arrondissement de [...], les Desses???._____, spécialiste en rhumatologie, et S.S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du Bureau Romand d'Expertises Médicales (BEM) ont établi leur rapport le 28 avril 2011 dont il résulte notamment ce qui suit :

"DISCUSSION CONSENSUELLE ENTRE LES 2 EXPERTES

L'activité de cuisinier au sens strict n'est exigible qu'à titre occupationnel, avec de l'aide, de l'ordre de 30% depuis 2004.

Comme serveur ou pour tenir à la préparation et au service d'un grand banquet au service traiteur, il existe une diminution d'exigibilité du même ordre, depuis 2004.

Dans une activité adaptée, l'exigibilité est entière depuis de début de l'IT de 2004. Le médecin confirme une pleine capacité dans une activité adaptée et suggère une réadaptation en 2006 donnant suite aux propositions de l'assureur perte de gain.

Depuis l'accident survenu en 2008, nous reconnaissons une IT totale jusqu'en août 2009, date de l'expertise orthopédique du Dr T._____.

Dans un travail adapté au rachis et aux membres inférieurs, la CT exigible devrait pouvoir atteindre 75% voire 80% sur le plan somatique, moyennant un reconditionnement au travail sur une année, en commençant à 30%, mais reste limitée consensuellement à 70% pour les raisons psychiatriques.

A.4. DIAGNOSTICS

A.4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Spondylodiscarthrose dorsolombaire avec lipomatose périurale sans myélopathie ni radiculopathie et sans instabilité M47.8
- Gonarthrose débutante prédominant à droite au compartiment femoro-patellaire et à gauche au compartiment interne et femoro-patellaire M17.9
- Status après fracture comminutive du tibia distal gauche (16.08.2008), osteosynthésée, et après AMO, arthrose secondaire M19.1

- Status après entorse de la cheville droite, arthrose secondaire M19.1
- Neuropathie péronière externe droite par probable contusion (2008) G60.8
- Trouble anxieux (intensité moyenne) F41.9 présent depuis fin 2008

A.4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Episode dépressif léger sans syndrome somatique F32.00, présent depuis fin 2008
- Excès pondéral R63.2
- HTA I 10
- Dyslipidémie E 78.0
- Carcinome papillaire de vessie de haut grade micro-infiltrant stade G3 T1, réséqué, traité par BCG (2009) C 67.9 sans indice de récurrence en janvier 2011
- Status après cure de tendinite de De Quervain en 2007
- Status après splénectomie en 2008 pour rupture traumatique de la rate
- Status après contusions multiples et fracture de côte à gauche en 2008
- Status après ménisectomie interne droite en 1969
- Status après syndrome rotulien gauche en 1993
- Status après cure de hernie inguinale en 1992 compliquée d'une bride
- Status après amygdalectomie dans la jeunesse
- Status après appendicectomie dans la jeunesse
- Status après cure d'hémorroïdes en 2004"

Le 28 avril 2011, [...] a écrit à l'OAI ce qui suit :

"Suite à nos discussions et e-mails, concernant le stage de M. A.X._____, je vous envoie ci-joint l'historique de nos échanges par écrit.

Durant la tripartite du 28 mars dernier, nous avons évoqué la possibilité d'accueillir M. A.X._____ pour un taux d'occupation de 20 %. Cette exigence reflète la condition physique et psychologique de M. A.X._____, mais aussi mes capacités/ressources pour suivre ce candidat dans l'état où il se trouve, comme il a été mentionné dans les différents mails ci-joints.

En conclusion, je ne peux pas offrir ce stage à M. A.X._____ actuellement."

Par communication du 5 mai 2011, remplaçant celle du 7 avril 2011, l'OAI a informé l'assuré de ce qui suit :

"Nous avons examiné le droit à des mesures professionnelles et vous informons que les conditions d'octroi sont remplies.

Par conséquent :

Nous prenons en charge les coûts d'un coaching individuel **auprès de [...], [...] à [...], du 06.04.2011 au 06.07.2011.**

Temps de présence : 1 séance d'une heure par semaine."

Il résulte d'une note de suivi du 20 juin 2011 ce qui suit :

"Entretien verbal de [...] avec l'assuré et Mme Z.Z. _____

M. A.X. _____ devait subir une expertise médicale pour [...] le 17 mars, mais repoussée au 3 novembre, pas par sa faute, il souhaiterait le faire le plus vite possible au contraire. Les conflits avec plusieurs assurances ne sont toujours pas réglés, ce qui pose problème à M. A.X. _____, il a de la peine à s'investir dans autre chose tant que ces affaires sont en cours.

Il parle également de sa médication très forte qui lui provoque un manque de concentration et de la fatigue selon lui. Il nous a donné une liste des médicaments pris.

Voir rapport stage dans GED. Le stage décrit dans le rapport REA du 04.04.11 n'a pas pu se mettre en place, M. A.X. _____ ayant présenté une certaine fragilité psychique suite à des événements familiaux et aux démarches asséculo-logiques. Depuis un mois il fait cette prospection pour trouver des stages en entreprise à 20-25%. Il a trouvé un stage et pris plusieurs contacts avec des entreprises de la région, se passe bien. Mais ne se déplace pas, trop anxieux pour conduire. Il travaille environ 2-3h sur une journée, entrecoupé d'une pause. Il note toutes ses démarches et rencontre les coachés de Mme Z.Z. _____ pour connaître leur demande et mieux les présenter à une entreprise.

Proposition de faire ce stage. M. A.X. _____ maintient que 25% est le max qu'il peut assumer. Nous n'avons pas encore l'avis SMR depuis l'expertise. Nous avons expliqué à M. A.X. _____ être d'accord avec ce stage à 25%, mais l'avons rendu attentif au fait que si le SMR retient une CT plus haute, nous devons statuer selon ce taux et non le 25%.

Poursuite coaching Mme Z.Z. _____ et son époux s'occupera de la partie stage.

M. A.X. _____ souhaite prendre quelques semaines de vacances, pas de problème, de toute façon il est plus difficile de prendre des contacts en été."

Le 20 juin 2011, Z.Z. _____ de [...] a établi un rapport de programme de l'assuré dont il résulte ce qui suit :

"Le présent document résume les activités que nous avons entreprises durant les mois d'avril, mai et juin.

Lors de notre dernière séance tripartite, nous avons évoqué la possibilité de mettre en place un stage au sein de [...] dans une activité de prospection auprès d'entreprises du secteur de l'hôtellerie et de l'industrie. Lors de la première discussion sur les objectifs concrets d'une telle mesure, M. A.X._____ traversait un moment de stress accru, ce qui m'a fait douter qu'il puisse assumer une telle tâche même à 20%.

Appréciation du comportement de M. A.X._____ en situation de stage

Après nos différentes discussions sur la faisabilité du stage, nous avons continué les séances de coaching et suite à nos échanges, M. A.X._____ a commencé à réaliser que l'activité que nous lui proposons était accessible à une personne avec les compétences qui sont les siennes.

C'est ainsi que peu à peu, depuis 1 mois il a entrepris pendant quelques heures par semaine, la prospection et la recherche de stages pour deux coachés provenant du secteur de la construction.

- Compétences relationnelles

Entreprises

Monsieur A.X._____ n'a pas eu besoin de beaucoup de mise au courant car il est à l'aise dans le contact téléphonique, avec très rapidement l'obtention d'un premier stage auprès d'un patron faisant partie de son réseau de relations. Ce stage a été déterminant car il nous a permis d'écarter cette cible de la liste de possibilité pour un de nos deux coachés.

Grâce à son expérience de chef d'entreprise il sait comment leur parler, est persuasif et habile négociateur.

Coachés

Efficace dans l'évaluation de la personne, M. A.X._____ sait identifier rapidement le degré d'investissement de celle-ci et adapte son comportement en conséquence : plus ferme lorsqu'elle ne collabore pas et aidant si celle-ci montre une vraie motivation.

- Compétences de recherche et de stratégie

M. A.X._____ se base sur les listes d'entreprises que nous lui avons fournies mais cherche également des ouvertures parmi son réseau, et dans les journaux. Il est constamment alerte et grâce à sa connaissance du tissu économique et de ses interlocuteurs (dispose de contacts privilégiés), il est à même d'ouvrir les portes auprès des patrons et directeurs du personnel directement.

M. A.X._____ a également formulé la stratégie qu'il faut suivre pour atteindre le but grâce à sa vue stratégique, une de ses grandes forces.

- Faiblesses

M. A.X. _____ réalise tout le travail à la main et lorsqu'il doit mettre sur informatique, cela lui prend beaucoup de temps et il se fatigue énormément. Il ne pourrait pas faire plus d'heures car après un effort intense, il est complètement exténué psychique[ment] et physiquement.

- **Conclusions**

M. A.X. _____ est une personne compétente, donnant un service de grande qualité malgré ses difficultés. Comme il nous donne entière satisfaction, nous aimerions que le stage soit officiel à un pourcentage de 20 à 25%."

Dans un avis médical du 21 juin 2011, le Dr R. _____ du SMR a estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions des experts du BREM et exposé en outre ce qui suit :

"Limitations fonctionnelles somatiques :

- Activité adaptée sans charges permettant l'alternance des positions de type principalement sédentaire et incluant les limitations fonctionnelles retenues par le SMR le 19.02.2007.

Capacité de travail dans l'activité habituelle de cuisinier : le SMR avait retenu une exigibilité de 0% comme restaurateur en cuisine et de 80% comme restaurateur s'occupant de la supervision des personnes, c'est-à-dire ne participant pas à l'activité manuelle de la préparation de la restauration. L'appréciation du BREM est de 30% à titre occupationnel avec de l'aide depuis 2004. Il s'agit de l'appréciation différente d'une situation similaire.

Depuis la fin 2008, le psychiatre expert retient une incapacité de travail de 30% dans toute activité de l'économie sans baisse de rendement.

La capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis le rapport SMR et jusqu'à l'accident du 16.08.2008.

Des indemnités journalières ont été versées dans le cadre de l'accident du 16.08.2008 jusqu'à au moins au 31.03.2010. Du 16.08.2008 à août 2009, les experts reconnaissent une incapacité de travail totale dans toute activité du monde de l'économie.

Depuis septembre 2009, la capacité de travail est de 70% dans une activité adaptée aux limitations somatiques et psychiatriques.

Limitations fonctionnelles psychiatriques :

- Vulnérabilité au stress, seuil anxiogène abaissé, pas de conduite automobile seul, lieu avec amasement de foule, diminution de l'attention et de la concentration."

Par communication du 22 juin 2011, l'OAI a informé l'assuré que le stage chez [...] était prolongé à un taux de présence de 25% du 7 juillet au 31 décembre 2011.

Le 17 novembre 2011, le Dr Z. _____ a exposé notamment ce qui suit :

"Il n'y a aucune amélioration de l'état de santé depuis le rapport du 22 octobre 2010. Les conflits asséculo-logiques entraînent expertises sur contre-expertises, ce qui représente un stress majeur pour ce patient. Par ailleurs son épouse semble également être dans une situation délicate, ce qui engendre une perte d'étayage sensible.

Le conflit risque de se prolonger un certain temps. Une fois cette situation jugée, le contexte sera apaisé et le patient devrait être apte à développer l'activité qui lui plaira, sans limitations, psychiques.

Comme médecin traitant j'estime, sur la base des plaintes déposées au cabinet, que ce patient reste actuellement inapte à travailler au delà de 20%. Ces considérations faites au cabinet peuvent être confirmées ou infirmées par la Coach mandatée par vous-même et qui l'encadre actuellement dans une petite activité de « Consultant »."

Il résulte d'une note de suivi du 24 novembre 2011 ce qui suit :

"Entretien verbal de [...] avec l'assuré, Mme Z.Z. _____

M. A.X. _____ dit d'emblée qu'il attend encore le rapport d'expertise fait cet été pour la [...]. Il est tout de suite dans les plaintes de douleurs, de prise de médicament augmentée.

Concernant les activités de cette mesure, voir descriptif annexé donné par Mme Z.Z. _____. Il ne fait que les rapports sur papier, trop lent sur ordinateur (rappelons qu'il a bénéficié de cours informatiques par notre biais). Selon lui, après 2h d'entretien avec une personne, il est incapable de rédiger son rapport, en raison de fatigue et manque de concentration. Il estime être beaucoup plus lent que d'autres personnes, par ex. il lui faut parfois 5h de travail, alors que quelqu'un d'autre pourrait le faire en 2h.

Le projet est ensuite d'informatiser tous les contacts établis, les démarches faites pour que ce soit un outil utile pour Mme Z.Z. _____ pour la recherche de place[s] de stage pour ses « coachés ». Il est difficile de décrocher des stages, malgré tous les contacts faits dans les entreprises, par téléphone ou sur place. Quand l'entreprise est éloignée, il se fait accompagner en voiture. Il peut conduire sur de plus longues distances, mais toujours accompagné.

Nous lui indiquons que nous ne pouvons pas poursuivre la mesure à un taux si bas au vu de l'avis SMR mentionnant une CT de 70% dans une activité adaptée et lui demandons d'augmenter. A ce moment là, M. A.X._____ perd ses mots, devient confus dans ses propos, a les larmes aux yeux et parle d'injustice par rapport à d'autres personnes qui seraient moins malades que lui et qui bénéficient de prestations de notre Assurance.

M. A.X._____ craint de « craquer » psychiquement s'il augmente son taux de travail, actuellement son taux est de 20%. Mme Z.Z._____ propose une augmentation progressive pour arriver rapidement à 50%. M. A.X._____ ne se sent pas capable d'augmenter et pas aussi rapidement, il souhaite 30% en janvier alors que nous avons proposé 30% en décembre, 40-50% en janvier. M. A.X._____ ne refuse pas catégoriquement d'augmenter le taux de présence, mais il fait clairement savoir qu'il n'en est pas capable.

Il revient toujours sur ses procédures juridiques en cours entre les diverses assurances. Nous lui expliquons que ces différentes procédures n'entrent pas en ligne de compte par rapport à la réinsertion professionnelle, ce qu'il peine à comprendre.

Il attend encore beaucoup de l'expertise effectuée cet été et demande à ce qu'une expertise soit faite au SMR pour évaluer sa situation. Nous lui expliquons que toutes les expertises et rapports médicaux au dossier sont vus par le SMR, mais il pense qu'il pourrait avoir encore une autre évaluation dans ce cadre avec une réévaluation de sa CT.

Suite donnée à l'entretien / propositions / prochain contact :

Sommation pour poursuite des MOP sous condition d'augmenter son taux de travail. Le lui avons expliqué, il va en discuter avec son médecin et son avocat.

Prolongation en janvier avec augmentation du taux suite à lettre de sommation."

Le 5 décembre 2011, l'OAI a adressé à l'assuré la lettre suivante :

"Comme discuté lors de notre rencontre chez [...] le 24.11.11, nous vous envoyons un courrier spécifiant les conclusions de cet entretien et les conditions de prolongation de mesures professionnelles.

Nous vous avons informé que le Service Médical Régional de Suisse Romande (SMR) estime votre capacité de travail à 70% dans une activité adaptée, tenant compte de votre état de santé physique et psychique.

La mesure effectuée au sein de [...] se déroule à 20-25% depuis de nombreux mois et vous estimez faire le maximum. La capacité de travail de 70% évoquée par le SMR vous semble trop élevée.

La mesure professionnelle en cours se termine au 30.12.11. Comme discuté lors de notre entretien du 24.11.11, nous demandons que le taux soit augmenté à 30% en décembre 2011. Pour que nous entrions en matière pour une prolongation de la mesure jusqu'à fin janvier 2012, nous exigeons un taux de présence de 50% en janvier 2012 pour une augmentation progressive.

Nous vous rappelons que selon l'art. 7 al. 2 LAI, l'assuré doit participer activement à la mise en oeuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ; il s'agit en particulier des mesures d'ordre professionnel.

L'art. 21 al. 4 LPGA précise que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.

En l'occurrence, nous vous laissons un délai au 16 décembre 2011 pour nous confirmer par écrit si vous acceptez ou non d'augmenter votre taux de présence dans la mesure professionnelle en cours. Si vous ne donnez pas suite positivement, nous mettrons un terme à nos démarches de réadaptation professionnelle et évaluerons votre taux d'invalidité de manière théorique, en tenant compte d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. A noter que la mesure actuelle permet de vérifier la piste professionnelle de conseiller en placement, qui respecte les limitations fonctionnelles retenues par le SMR."

Le Dr N. _____ a établi le 5 décembre 2011 un certificat médical mentionnant une incapacité de travail depuis le 28 novembre 2011 à cause d'un accident.

Par lettre du 9 décembre 2011, l'assuré a expliqué avoir eu un nouvel accident de la circulation le 28 novembre 2011 et être en incapacité complète de travail jusqu'au 19 décembre 2011, proposant que le taux de présence de 30% soit reporté au mois de janvier 2012 et celui de 50% dès février 2012.

Par communication du 19 décembre 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les coûts de la mesure de coaching et de stage auprès de [...], du 1^{er} janvier au 29 février 2012 à un taux de présence de 30% en janvier 2012 et de 50% en février 2012.

Le même jour, le Dr N._____ a attesté d'une incapacité de travail de 100% due au dernier accident, la situation devant être réexaminée le 10 janvier 2012.

Le 18 janvier 2012, le Dr Z._____ a attesté d'une capacité de travail de 50% depuis le 1^{er} février 2012 pour maladie.

Il résulte d'une note de suivi du 14 mars 2012 du service de réadaptation notamment ce qui suit :

"Entretien verbal de [...] avec l'assuré et Mme Z.Z._____ chez [...]

Bilan de la mesure en cours qui se terminait à fin février avec une demande d'augmentation du taux à 50%.

M. A.X._____ commence directement l'entretien en parlant des nombreux rendez-vous médicaux actuels demandés par le BREM dans le cadre de la procédure contre la M._____. Il a vu un neurologue, Dr V.V._____, à [...], le Dr B.B._____ à [...] et fait de l'ergothérapie plusieurs fois par semaine à l'hôpital [...] au CHUV. Il est toujours dans les procédures juridiques, mais dit que cela avance, encore de nombreuses audiences à venir. Mme Z.Z._____ sera notamment convoquée en mai.

Pour l'aspect du stage. Selon lui, 50% est difficile à réaliser. Il n'est jamais à 50% chez [...], il travaille en partie à son domicile. Il a 3-4 séances de physio par semaine à [...], selon lui cela lui prend 3-4h par jour entre trajets et séances (3/4h pour se préparer et s'y rendre, 1 h de séance et rentrée).

Il entre encore des données d'entreprises dans le système informatique de [...], les tâches de son mandat ne sont pas totalement terminées. Mme Z.Z._____ ne peut pas proposer encore ce poste à M. A.X._____, car elle n'a plus assez de personnes à coacher sur le canton de Vaud, a plus de mandats sur Genève. Elle se demande si M. A.X._____ pourrait fonctionner à 50% ailleurs, avec une présence continue sur un lieu de travail, car elle remarque de gros problèmes de concentration.

Aucune démarche de recherche de stage comme conseiller en personnel n'a été faite. M. A.X._____ dit ne pas pouvoir demander du travail à des personnes qu'il connaît bien et avec qui il a déjà travaillé avant, par estime pour lui-même. Par exemple, il connaît le directeur des services sociaux d' [...], M. Y._____, ou le directeur de l'ORP.

Nous lui demandons de faire un stage à 70% ailleurs au vu de l'exigibilité. Cela fait longtemps que la mesure est à temps partiel, nous ne pouvons plus cautionner une baisse du taux de présence. M. A.X._____ ne se sent pas apte à suivre une mesure à 70%, même

50% lui semble trop difficile, mais il accepterait une mesure à 50%. Selon lui, davantage ne serait pas réalisable, vu les différents rendez-vous médicaux et avec son avocat ou au tribunal.

M. A.X. _____ dit avoir de la peine avec les outils informatiques, malgré les cours que nous lui avons financés. Il explique le manque d'acquisition des connaissances par le fait qu'il oublie ce qu'il fait au fur et à mesure, il manquerait de concentration en raison des nombreux médicaments qu'il prend.
Il demande une fois encore d'être reçu par le SMR pour évaluer sa situation.

Lui demandons à ce que son avocat nous envoie toutes les dernières pièces médicales en sa possession, car nous n'avons pas de nouveaux éléments au dossier qui ferait changer d'avis le SMR.

Suite donnée à l'entretien / propositions / prochain contact :

Ultime prolongation jusqu'à fin mars chez [...].

Discussion avec JUR pour la suite : exiger stage à 70% ? statuer avec pièces actuelles ? mandat SMR ?”

Il résulte du rapport de stage établi le 14 mars 2012 par [...] ce qui suit :

"Activités effectuées

Le présent document résume les activités effectuées par Monsieur A.X. _____ durant le stage compris entre les mois de janvier, février jusqu'au 15 mars 2012.

Comme il a été planifié en décembre, Monsieur A.X. _____ a :

- migré les données de prospects/clients du papier vers le système CRM et ceci par saisie.
- utilisé le système CRM pour saisir les données des prospects, sociétés susceptibles d'octroyer des stages à des assurés de l'AI. Actuellement nous avons dans la base autour de 200 noms d'entreprises contactées ou recherchées.

Etant donné que l'offre MIP4 (recherche de stage) prévue pour être introduite dans le catalogue de prestataires de l'AI ne va pas être incluse suite à notre discussion avec la directrice des acquisitions du canton de Vaud, Madame Y.Y. _____, nous ne pouvons pas continuer à offrir ce stage à Monsieur A.X. _____.

Suite à son expérience, une organisation, entreprise ou institution active dans la réinsertion professionnelle peut bénéficier des compétences que Monsieur A.X. _____ a démontrées chez nous, telles que :

- Recherche d'entreprises susceptibles d'ouvrir un stage ou d'engager un assuré de l'AI en utilisant internet ou en mobilisant son réseau personnel.
- Prospection par téléphone et négociation auprès des responsables des ressources humaines ou directeurs d'entreprises.
- Saisie informatique sur la base de données.

Evaluation des compétences et du comportement

- Bonne aisance relationnelle pour ouvrir les portes et négocier avec les responsables dans les entreprises.
- Persévérance dans l'apprentissage de l'informatique, car Monsieur A.X._____ a surmonté son manque de connaissances dans le domaine, et a appris à travailler avec l'outil à disposition malgré les difficultés de mise en place de départ, a aidé aux tests et au démarrage.
- Malgré son accident du mois de novembre 2011, Monsieur A.X._____ a continué à travailler avec assiduité mais nous avons observé qu'il doit faire des efforts presque surhumains pour y arriver :
 - o il a de la difficulté à se concentrer et se fatigue beaucoup s'il doit travailler plus de 2 heures de suite,
 - o ayant l'habitude de fournir un travail impeccable il cherche la perfection ce qui peut demander de lui des efforts supplémentaires,
 - o il est important qu'il puisse améliorer ses connaissances et compétences informatiques."

Par communication du 15 mars 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les coûts de la mesure de coaching et de stage auprès [...], du 1^{er} au 31 mars 2012 à un taux de présence de 50%.

Le 26 mars 2012, le conseil de l'assuré a écrit à l'OAI ce qui suit :

"J'accuse réception de votre courrier du 15 mars 2012 et me permets de vous communiquer les observations suivantes au nom de M. A.X._____ :

1. M. A.X._____ effectue actuellement un stage auprès de [...] depuis le mois de juillet 2011. Comme l'ont reconnu les évaluations faites à ce jour, mon client a donné le meilleur de lui-même malgré ses problèmes de santé et l'accident dont il a été la victime à fin novembre 2011.
2. Si ce stage a permis à M. A.X._____ de se familiariser avec l'activité de gestionnaire en placement de personnel, force est de reconnaître que sa reconversion n'est certainement pas terminée.

3. Si M. A.X._____ ne peut pas poursuivre son stage auprès de [...], il conviendrait de trouver une solution lui permettant de poursuivre son stage dans une autre structure, toujours dans le même domaine, comme cela résulte d'ailleurs d'un courrier électronique que vous avez adressé le 27 février 2012 à [...].
4. Il ne faudrait en aucun cas interrompre ou mettre un terme aux mesures professionnelles octroyées par votre Office en faveur de M. A.X._____ à la fin du mois de mars 2012.
5. En ce sens, le présent courrier vaut, à toutes fins utiles, opposition à votre communication du 15 mars 2012 et vous est adressé dans le délai de 30 jours dès réception de votre correspondance du 15 mars 2012."

Le 25 avril 2012, le Dr Z._____ a attesté que l'incapacité de travail à 50% se poursuivait et que la situation serait revue le 6 juin 2012.

Il résulte d'une note de suivi du 26 avril 2012 notamment ce qui suit :

"Entretien téléphonique de [...] avec Mme A.X._____, épouse de l'assuré.

Nous avons eu plusieurs contacts téléphoniques avec Mme A.X._____ qui s'inquiète de la situation de son mari. Nous lui donnons des explications qu'elle fait ensuite suivre à son mari !

Nous lui expliquons que nous pouvons entrer en matière pour la poursuite de mesures professionnelles à 70% toujours dans le domaine de conseiller en personnel comme déjà effectué chez Mme Z.Z._____. Mme A.X._____ semble surprise du taux de 70%, alors que ce taux a déjà été mentionné à de nombreuses reprises à M. A.X._____. Elle pense que son mari ne pourrait pas suivre une mesure à 70% et en plus suivre ses traitements. Elle demande à ce qu'il puisse faire une mesure avec augmentation progressive du temps de travail.

Nous réexpliquons que cela a déjà été fait chez Mme Z.Z._____ durant une longue période et que nous ne pouvons pas encore poursuivre à un taux inférieur.

Elle souhaite que son époux bénéficie d'IJ d'attente. Pour cela, il doit accepter les conditions d'une mesure à 70%. Elle demande ce qu'il pourrait se passer s'il présente un certificat médical après quelques jours de mesure avec une baisse du taux de présence. Elle ne croit pas qu'il tienne à 70% étant donné que son psychiatre estime qu'il ne peut pas.

Mme A.X._____ nous dit alors qu'elle va en parler à son mari pour qu'il donne son avis."

Le 30 avril 2012, le service de réadaptation de l'OAI a établi la note de suivi suivante :

"Téléphone de 40 minutes avec M. A.X._____. Nous l'appelons, car nous aimerions avoir son avis et ne pas passer par l'intermédiaire de son épouse.

M. A.X._____ certifie qu'il va tenter de faire une mesure à 70%, il dit ne pas avoir peur de travailler, mais craint d'avoir des difficultés et rechuter au niveau physique et psychique. Il ne dit pas qu'il ne veut pas faire ce qu'on lui demande, mais qu'il se demande s'il pourra tenir.

Il évoque toujours des problèmes de concentration qui le limiterait dans ses capacités actuelles. Par exemple, pour cette raison, il aurait oublié des choses apprises lors des cours informatiques que nous avons financé, il ne retient pas tout, problème de mémoire. Il ne saurait plus faire une mise en page correcte d'un document, alors qu'il l'a appris lors de ce cours. Il se demande s'il ne pourrait pas bénéficier d'autres cours pour se perfectionner ne se sentant pas assez à l'aise.

Il évoque aussi les douleurs, ne pourrait pas marcher plus de 200m.

Avec les procès en cours, c'est pour lui difficile de suivre psychologiquement.

Finalement, il promet de faire une mesure à 70%. Il certifie qu'il l'accepte car il souhaite retrouver un emploi et pas pour obtenir des prestations financières (IJ). S'il rencontre des difficultés il en a déjà discuté avec son psy, qui lui délivrerait peut-être un certificat médical selon la situation. Il parle déjà de s'arranger avec l'employeur pour avoir des horaires lui permettant de faire ses injections et aller à ses différents rendez-vous médicaux (physio, psy).

Il dit faire des recherches d'emploi, mais ne répond pas aux annonces, ayant des difficultés à prendre contact, estimant ne pas répondre aux exigences au niveau informatique surtout et au niveau taux de travail.

Il nous redit également connaître des personnes au sein de la Commune d' [...], des chefs de service, mais ne se sent pas capable de leur demander directement un soutien, les connaissant trop bien !"

Le 30 avril 2012, l'OAI a adressé à l'assuré la lettre suivante :

"Suite à notre contact téléphonique du 30.04.12, nous vous faisons parvenir ce courrier afin de vous rappeler les conditions pour la poursuite d'une prise en charge de mesures professionnelles de notre Assurance.

Nous pouvons vous proposer un stage de conseiller en placement à un taux de 70%, capacité de travail retenue par notre Service Médical Régional. Une mesure avec augmentation progressive du taux de travail a déjà été faite chez [...], par conséquent, il est exigible que vous suiviez les prochaines mesures professionnelles à ce taux. Lors du contact téléphonique précité, vous vous êtes engagé à suivre cette mesure professionnelle à 70%.

Nous vous rappelons que selon l'art. 7 al 2 LAI, l'assuré doit participer activement à la mise en oeuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle; il s'agit en particulier des mesures d'ordre professionnel.

L'art. 21 al. 4 LPGA précise que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.

Le versement d'indemnités journalières est effectué durant les mesures professionnelles pour autant que vous y participiez activement selon les conditions précitées. En cas de diminution du taux de présence ou d'absence injustifiée, la mesure professionnelle et par conséquent le versement des indemnités journalières seront en principe interrompus et votre taux d'invalidité évalué sur la base des éléments actuels en notre possession, soit une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée.

Nous vous impartissons un délai au 15 mai 2012 pour nous confirmer par écrit si vous acceptez de participer à des mesures professionnelles selon les conditions précitées. En cas de réponse positive, des indemnités journalières d'attente peuvent vous être octroyées. Dans le cas contraire, nous serons contraints de procéder à une évaluation théorique de votre perte de gain, comme mentionné plus haut."

Le 4 mai 2012, l'assuré a répondu en particulier ce qui suit :

"Je vous réponds donc concernant la poursuite des mesures professionnelles de votre assurance et sur ce que vous me demandez expressément dans votre courrier, c'est-à-dire que vous êtes en mesure de me proposer un stage de conseiller en placement dans une entreprise au taux de 70% à [...].

Comme dit verbalement je m'engage à suivre votre proposition à 70% comme demandé par votre Service Médical Régional.

Par la même occasion je pense donc répondre à votre article concernant les mesures d'emploi à venir (car l'actuel vous l'avez interrompu [...], fin mars) mais que vous allez me faire poursuivre en réadaptation à la vie professionnelle dès le mois d'avril compris, etc.

Je ne vais pas me soustraire ni m'opposer ou ne pas participer spontanément dans les limites de ce qui peut-être exigé de moi ou de mon corps etc. Surtout que vous cherchez bien à me faire progresser en me faisant apprendre et par la même, vous faites tout pour me faire augmenter ma capacité professionnelle de travail et ainsi de me m'offrir une nouvelle possibilité de gain.

De plus et comme déjà dit je m'engage à suivre les mesures professionnelles demandées (Rappel: Juste s'entendre sur le temps que je dois passer sur le plan médical pour parvenir à tenir voir améliorer la facilité à arriver sans inconvénients à tenir au taux et le taux que nous avons discuté au téléphone et par écrit).

Alors, comme demandé dans votre courrier ainsi que par notre téléphone du 30 avril 2012 et dans la délai imparti je vous réponds que j'accepte le taux imposé de 70% pour des mesures professionnelles, et que je mettrai tout en oeuvre pour tenir cet engagement.

Comme convenu j'attends de vos nouvelles ou votre convocation à [...] pour affiner tous les détails évoqués au téléphone et pour ceux qui suivront durant le temps au vous serez en congé maternité, et que mon dossier sera remis à l'un de vos collègues spécialiste en réinsertion professionnelle afin que tout puisse se poursuivre dans le meilleur des mondes."

Le 15 mai 2012, la conseillère en réadaptation a proposé ce qui suit :

"Suite à la mesure de reclassement chez [...], la cible de conseiller en personnel a été déterminée. Après discussion avec notre service de placement, un stage en entreprise est conseillé avant de leur confier un mandat.

L'exigibilité étant de 70% dans une activité adaptée, nous avons demandé à M. A.X. _____ de s'engager à suivre une mesure à ce taux par écrit, car il a toujours contesté cette exigibilité. Ce qu'il a fait dans son courrier du 04.05.12.

Le versement d'indemnités journalières d'attente peut être octroyé dès le 01.04.12.

Un stage dans l'économie sera organisé prochainement (avec le soutien d'un conseiller en placement)."

Il résulte d'une note de suivi du 19 mars 2013 notamment ce qui suit :

"Nous avons eu de la peine à joindre M. A.X. _____ qui a des rendez-vous médicaux ou privés et il nous rappelle en fin de journée seulement. Il dit être peu disponible. Il dit toujours être dans le même état de santé, avoir de la peine à se déplacer.

Nous lui proposons une mesure à l'OSEO (Œuvre suisse d'entraide ouvrière) pour tester la piste de conseiller en personnel. M. A.X._____ accepte, nous lui rappelons la CT de 70%, il dit être d'accord mais doit continuer à aller à tous ses rendez-vous médicaux au centre thermal et physiothérapie, doit avoir des temps de repos entre ses rendez-vous.

Il nous signale avoir changé de médecin, le Dr N._____ étant parti à la retraite, il est suivi maintenant par la Dresse R.R._____ à [...], proche de chez lui, il peut s'y rendre seul, alors qu'avant son médecin était à [...] et quelqu'un devait toujours l'amener.

Il a bientôt rendez-vous avec le Dr D._____ pour son contrôle annuel de la cheville. Des séances de physio jusqu'à fin avril et centre thermal jusqu'en mai-juin.

Entretien verbal de [...] avec Mme [...], OSEO

Nous exposons la situation à Mme [...] qui est d'accord de prendre ce mandat. Possibilité de faire un stage de conseiller en placement au sein de l'OSEO dans leur structure INTERFACE ou à l'externe dans une agence de placement. Proposition de 3 mois avec un suivi hebdomadaire hors du lieu de stage."

Une note de suivi du 8 avril 2013 du service de réadaptation mentionne notamment ce qui suit :

"Entretien verbal de [...] avec M. A.X._____, Mme [...] (OSEO), M. [...] (chef de service, resp. d'Interface), Mme [...] (OSEO)

Un bref résumé de la situation et des mesures déjà mises en place chez Mme Z.Z._____ sont expliquées.

M. A.X._____ donne également quelques informations au niveau de son état de santé : prise de médicaments, nombreux rendez-vous médicaux, physio, centre thermal. Il explique conduire seul seulement de courtes distances et pour des endroits connus comme son médecin par ex., il peut parfois conduire un plus long trajet, mais doit être accompagné dans ce cas. Angoisse dans les transports publics impossibles à utiliser pour lui.

Mme [...] et M. [...] expliquent les activités d'Interface (mesure de l'OSEO) dans le cadre du placement en temporaire de personnes venant de tous horizons. La personne responsable, Mme [...], travaille sur le site de [...], mais elle pourrait se déplacer une fois à [...] pour mettre en place les tâches avec M. A.X._____, où il dit lui-même pouvoir se déplacer si besoin, son épouse pourrait l'accompagner par ex.

Vu le travail effectué chez Mme Z.Z._____, essentiellement du démarchage téléphonique et mise sur une base de données, l'OSEO pourrait proposer dans un premier temps un travail de prospection téléphonique. Les candidats sont rencontrés à [...] uniquement et

non à [...], pour l'instant ces tâches ne seraient pas confiées à M. A.X._____, à voire ensuite en fonction de l'évolution du stage.

Il pourrait faire de la prospection pour Interface ou Coaching +, mesures de l'OSEO. Il est nécessaire pour Mme [...] et M. [...] d'en parler avec Mme [...] afin d'établir un cahier des charges et un suivi, puis une proposition sera faite d'ici la fin de la semaine.

Mme [...] propose une augmentation progressive, avec déjà 1/2 journée dans les locaux de l'OSEO et 1/2 journée à domicile. Les locaux de l'OSEO à [...] sont petits, pas de disponibilité pour 70% de temps.

M. A.X._____ dit qu'il va faire ce qu'on lui demande, il a un certificat médical avec une CT de 60% qu'il nous enverra. Selon lui ce n'est pas la volonté de faire qui manque, mais son corps qui ne suit pas. Au vu de ses nombreux rendez-vous pour différentes thérapies, il dit ne pas être disponible 70% par semaine.

M. A.X._____ nous dit encore une fois qu'il n'a pas été vu par le SMR depuis son accident.

A noter que pour l'OSEO, il est difficile de faire un stage dans une entreprise de placement temporaire en raison des clauses de concurrence entre elles."

La conseillère en réadaptation de l'OAI a établi un rapport final le 16 juillet 2013 dont la teneur est la suivante :

"Un bilan de compétences a été fait chez [...] du 21.06.10 au 31.03.12 qui s'est transformé peu à peu en un stage de conseiller en personnel durant lequel M. A.X._____ avait la fonction de démarcher des entreprises pour trouver des places de stage aux personnes coachées par [...]. Il tenait également à jour une base de données informatique. Ce changement de mesure devait commencer le 06.04.11, mais a débuté un mois plus tard, M. A.X._____ ne se sentant pas prêt psychiquement à débiter.

Dès le début de la mise en place des mesures professionnelles, M. A.X._____ a contesté l'exigibilité déterminée par le SMR. En premier lieu, le SMR s'est basé sur l'expertise du Dr T._____ que M. A.X._____ conteste avec une exigibilité entière. Cette expertise a été demandée par la M._____, assurance avec qui il est en litige depuis plusieurs années.

En 2010, M. A.X._____ estimait déjà sa capacité de travail à 20% dans une activité adaptée. Le 05.05.11, par le biais d'un courrier de son avocat, il nous fait savoir qu'il n'est pas d'accord avec un taux de présence au stage chez [...] de 50% à 100%, mais seulement de 20%. Nous avons alors convenu d'un stage à 25% dans l'attente de l'avis du SMR. Le 21.06.11, l'avis SMR détermine une exigibilité de 70%. Dès le 22.06.11, M. A.X._____ a présenté des certificats médicaux avec une CT de 20% par le Dr Z._____, psychiatre.

En novembre 2011, nous lui demandons de poursuivre la mesure chez [...] à 70%, mais M. A.X._____ maintient que 20% est le maximum psychiquement.

Le 05.12.11, nous lui envoyons une sommation avec demande d'augmentation du taux de présence à 30% puis 50% puis 70% progressivement. Il accepte mais présente alors des certificats médicaux avec une IT à 50% dès le 01.02.12 par le Dr Z._____. Le taux de 70% n'a jamais été atteint, M. A.X._____ ne s'estimant pas apte à le faire en raison de son état de santé et [...] suivaient ces demandes devant son comportement algique démonstratif. Durant cette mesure, il n'a pas fait de recherches de place de stage ou emploi, alors que M. A.X._____ dit avoir un réseau d'employeurs dans la région. Oralement, il nous dit encore une fois ne pas être apte à suivre une mesure à 70% (note du 14.03.12).

Mme A.X._____ nous a contacté en avril 2012 se disant surprise de l'exigibilité de 70% et pense que son mari ne pourrait pas suivre une mesure à ce taux en plus de ses traitements. Selon elle, son mari accepte « par la force des choses le travail à 70% ».

Suite à cette mesure, nous avons rencontré les responsables du secteur Interface de l'OSEO qui s'occupe de placer des personnes demandeuses d'emploi ou en réinsertion professionnelle, afin d'effectuer un stage en tant que conseiller en personnel au sein de leur structure dans le but d'acquérir de l'expérience. D'abord, l'OSEO imaginait un taux de présence de 20% au vu de l'état de santé apparent de M. A.X._____, très démonstratif durant cette rencontre. Ce que l'assuré souhaitait, car il ne se sent pas capable d'assumer un 70%. Malheureusement, la mesure à l'OSEO n'a pas pu être mise en place. Les possibilités de stage n'étant plus envisageables par l'OSEO après l'avoir rencontré.

A chaque rencontre, M. A.X._____ commence par parler de toutes les procédures juridiques en cours envers diverses assurances. M. A.X._____ nous a dit à plusieurs reprises ne pas être disponible à 70% en raison de ses nombreux rendez-vous médicaux, de physiothérapie, du centre thermal. Il conteste cette exigibilité, se référant toujours à d'autres expertises médicales en cours ou qui doivent être faites dans le cadre d'affaires juridiques en cours (en procès contre son assurance vie, accident, perte de gain). M. A.X._____ donne l'impression d'accepter par défaut une mesure et non avec une réelle conviction de travailler à 70%.

Lors de l'entretien à l'OSEO et lors de chacune de nos rencontres, M. A.X._____ se plaint continuellement de ses douleurs et difficultés de déplacement. Il est démonstratif pour exprimer ses douleurs, se tord et grimace tout le temps. En fin d'entretien, il peine à se lever et à bouger. Il ne présente pas une attitude positive face à un éventuel employeur. Il n'est pas réaliste dans ces conditions de le présenter à un employeur, qui n'engagerait pas une personne qui se présente diminuée physiquement. Cet état est en discordance avec les atteintes décrites dans les rapports médicaux en notre possession.

Nous avons demandé à plusieurs reprises à M. A.X._____ de suivre une mesure à 70%, mais cela ne s'est jamais fait. Aujourd'hui, M. A.X._____ est accaparé par ses affaires juridiques, ses discussions tournent principalement autour de cet aspect et jamais du professionnel. Nous ne pouvons pas considérer que M. A.X._____ admet l'exigibilité de 70%, car il présente toujours un certificat

médical et met en avant qu'il n'est pas disponible à un tel taux avec tous ces rendez-vous médicaux et juridiques.
Par conséquent, aucune mesure professionnelle ne peut plus être proposée actuellement.

Son revenu sans invalidité a été fixé à Sfr. 113'870.- en 2005 selon l'enquête économique du 27.02.07. Indexé à 2013, cela revient à Sfr. 125'127.- annuel.

Dans une activité de conseiller en personnel, il pourrait prétendre à Sfr. 98'858.- à 100%, soit Sfr. 69'200.- à 70% (selon conseiller en placement de l'échelle de salaire du Canton de Vaud 2013, moyenne des classes 22-25). Nous estimons qu'il est possible de trouver un emploi dans ce domaine par M. A.X. _____ au vu de sa longue expérience professionnelle dans le domaine de la restauration et de son réseau professionnel, qu'il met fréquemment en évidence, qui est un véritable atout dans ce domaine. La mesure proposée à l'OSEO aurait permis une expérience professionnelle supplémentaire, mais n'est pas indispensable à une intégration en entreprise. En effet, les entreprises de placement offre toujours une formation interne à leurs nouveaux collaborateurs, quelque soit leur parcours professionnel."

Le 23 juillet 2013, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet d'acceptation de rente dont il résulte notamment ce qui suit :

"Résultat de nos constatations :

Exerçant une activité de restaurateur indépendant, vous êtes en incapacité de travail continue dès le 18 août 2005.

Suite à l'instruction de votre dossier, il ressort que votre activité habituelle de restaurateur s'occupant surtout de la cuisine n'est plus adaptée à votre état de santé. Comme restaurateur s'occupant de la supervision du personnel, votre capacité de travail est estimée à 80 %.

Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, votre capacité de travail est entière dès août 2005. Vous pouvez exercer par exemple une activité de management dans l'hôtellerie.

Vous avez donc été contacté par notre service de réadaptation professionnel qui souhaitait vous proposer des cours intensifs de management liés à l'hôtellerie et à la restauration dispensés par l' [...]. Toutefois, vous nous avez annoncé que vous aviez d'autres projets et que vous aviez repris un restaurant à [...].

Dès lors, afin de vous rendre une décision, nous nous sommes renseignés sur le salaire minimum que vous auriez pu réaliser après la mise en place des mesures professionnelles que nous souhaitions vous proposer. Ce salaire est de CHF 84'695.- minimum par année.

Dans votre activité de restaurateur indépendant et sans atteinte à la santé, vous auriez perçu en 2006 un revenu annuel de CHF 115'236.-.

A l'échéance du délai de carence d'une année, votre incapacité de travail et de gain est estimée à 26% selon le calcul ci-dessous :

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :			
sans invalidité		CHF 115'236.00	
avec invalidité		CHF 84'695.00	
La perte de gain s'élève à	CHF	30'541.00	= un degré d'invalidité de 26.50 %

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

Vous auriez pu bénéficier de mesures professionnelles, cependant, vous y avez renoncé car vous aviez d'autres projets professionnels.

Le 15 mai 2008, vous avez donc reçu un projet de décision dans ce sens. Cependant, en date du 18 juin 2008, vous avez contesté notre projet et nous avons repris l'instruction de votre dossier.

Le 16 août 2008, vous êtes victime d'un accident de la circulation et vous avez présenté une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 25 août 2009. Dès le 26 août 2009, votre capacité de travail est estimée à 70 % dans une activité adaptée.

Afin de mettre en valeur votre capacité de travail, nous avons retransmis votre dossier à notre service de réadaptation qui a mis en place diverses mesures professionnelles avec versement d'indemnités journalières.

Toutefois, un reclassement professionnel n'a pas pu être envisagé. En effet, nous vous avons demandé à plusieurs reprises de suivre une mesure à 70 %, mais cela ne s'est jamais concrétisé au vu de votre attitude peu collaborative. En effet, vous nous signalez que vous n'êtes pas disponible au vu de vos nombreux rendez-vous médicaux, de physiothérapie, etc. En outre, vous contestez toujours la capacité de travail vous référant toujours à d'autres expertises médicales en cours ou qui doivent être faite dans le cadre de diverses affaires juridique en cours auprès d'autres assurances.

Il est évident que vous n'êtes pas en accord avec l'exigibilité fixée par le Service médical Régional à 70 %. Par conséquent, aucune mesure professionnelle ne peut être proposée.

Suite aux résultats des stages effectués, vous auriez pu travailler comme conseiller en personnel pour un salaire annuel de CHF 98'858.- à 100 %, soit CHF 69'200.- à 70 %.

Dans votre activité de restaurateur indépendant et sans atteinte à la santé, vous auriez perçu en 2013 un revenu annuel de CHF 125'127.-

Nous procédons donc à une approche théorique de gain.

Dès le 26 août 2009, votre incapacité de travail et de gain est estimée à 45 % selon le calcul ci-dessous :

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :		
sans invalidité	CHF	125'127.00
avec invalidité	CHF	69'200.00
La perte de gain s'élève à	CHF	55'925.00 = un degré d'invalidité de 44.69%

Résumé des préjudices économiques :

26% du 18 août 2005 au 15 août 2008
100% du 16 août 2008 au 25 août 2009
45% dès le 26 août 2009

Nous avons donc dû faire un calcul pour voir à quel moment vous présentez un taux d'invalidité de 40%. Ce taux est atteint en octobre 2008.

Puis, vous avez droit à une rente entière dès le 1^{er} janvier 2009, soit trois mois après l'aggravation de votre état de santé.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Du 1^{er} octobre 2008 au 31 décembre 2008, vous avez droit à un quart de rente d'invalidité à un degré de 40 %.

Du 1^{er} janvier 2009 au 30 novembre 2009, vous avez droit à une rente entière d'invalidité à un degré de 100 %.
Dès le 1^{er} décembre 2009, soit trois mois après l'amélioration de votre état de santé, vous avez droit à un quart de rente d'invalidité à un degré de 45 %.

Cette prestation vous est versée sous déduction des périodes pendant lesquelles vous avez touché des indemnités journalières AI."

L'assuré a fait valoir ses objections le 23 août 2013. Il a tout d'abord contesté le montant du revenu sans invalidité. Il allègue avoir successivement exploité le [...] d' [...], le Restaurant [...] à [...] et enfin le Restaurant de [...] d' [...] et avoir dû abandonner l'exploitation du [...] d' [...] à fin 2003 pour des raisons indépendantes de son état de santé. Il a exposé qu'en ce qui concernait le Restaurant [...], établissement qu'il qualifiait de beaucoup plus modeste, il devait lui-même oeuvrer comme chef de cuisine et également au service et que son activité de restaurateur à l' [...] d' [...] aurait été la même s'il n'avait pas été empêché de l'exercer en raison de son état de santé. En se fondant sur un rapport d'expertise établi le 30 juin 2010 par [...] SA (M. [...]) dans le cadre d'un procès l'opposant à la [...], il a prétendu qu'avant les atteintes à sa santé,

il réalisait, entre 2000 et 2004, des revenus supérieurs à fr. 200'000.- par an et que sans atteinte à sa santé, il aurait pu espérer obtenir de l'exploitation du Restaurant [...] puis de l' [...] d' [...], un revenu annuel de l'ordre de fr. 200'000, raison pour laquelle il contestait le revenu sans invalidité de 115'236 fr. retenu par l'OAI. Il a soutenu en outre être en incapacité totale de travail dans l'activité de cuisinier-restaurateur, que les mesures professionnelles n'ont pu être menées à terme pour des raisons indépendantes de sa volonté, les représentants d'OSEO ne l'ayant pas rappelé comme cela était prévu lors d'un rendez-vous le 2 avril 2013 avec la conseillère en réadaptation. En raison de son état de santé, n'ayant en outre ni formation ni diplôme à faire valoir et de ses connaissances très limitées, notamment en matière informatique, il estimait ne pouvoir en aucun cas travailler comme conseiller en personnel à 70% avec un revenu annuel de l'ordre de 69'200 fr. et que sa capacité de gain était nulle dans toute activité. Il conclut principalement, que les mesures professionnelles ordonnées soient poursuivies en vue de lui permettre d'acquérir une formation adéquate pour travailler comme conseiller en personnel et subsidiairement, à être mis au bénéfice d'une rente AI entière depuis le mois d'août 2005. Il a produit diverses pièces parmi lesquelles les pièces suivantes:

- un rapport du 3 juillet 2013 de la Dresse S. _____ qui a vu l'assuré le 1^{er} juillet 2013 et qui a conclu que la consultation ne montrait pas d'amélioration concernant les problèmes rachidiens et musculaires de l'assuré qui était extrêmement limité dans ses mouvements;

- une lettre du 31 juillet 2013 de cette praticienne au conseil de l'assuré dont la teneur était notamment la suivante :

"Les lésions ostéo-articulaires de votre client susnommé justifient une incapacité totale de travail dans son activité de cuisinier-restaurateur. En effet, un tel métier exige la station debout prolongé[e], la marche, le port de lourdes charges et les mouvements répétitifs du tronc, ce qui est incompatible avec l'état de santé de Monsieur A.X. _____."

- une expertise comptable du 30 juin 2010 d' [...] ordonnée dans une affaire civile par le Tribunal d'arrondissement de [...].

Dans un avis médical du 11 septembre 2013, les Drs R. _____ et X.X. _____ du SMR ont exposé ce qui suit:

"L'instruction initiale SMR s'était close le 19.02.2007 par un rapport d'examen SMR basé sur un examen rhumatologique SMR daté du 19 décembre 2006. Nous reconnaissons alors une incapacité de travail de 100% comme restaurateur s'occupant surtout de la cuisine et de 20% comme restaurateur s'occupant de la supervision des personnes. Dans une activité adaptée, l'exigibilité était de 100%.

Suite à un accident de la voie publique en date du 16.08.2008, l'état de santé de l'assuré s'est aggravé. Il s'agit d'un accident d'automobile par choc frontal causé par une tierce personne. Les lésions secondaires à l'accident sont une fracture du tibia G, une contusion du genou G, une entorse de la cheville D, une fracture costale et une lésion de la rate qui a nécessité un traitement par splénectomie. Le BREM a été mandaté par le Tribunal d'arrondissement de [...], pour mettre en place une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Nous sommes donc en présence d'une expertise judiciaire. Le rapport final est daté du 28.04.2011 et comporte 85 pages.

Le rapport d'expertise comporte une anamnèse fouillée, une étude précise des pièces médicales au dossier et reconstitue les problèmes de santé qui affectent l'assuré depuis le rapport d'examen SMR. On suit un fil directeur du début à la fin. Il n'y a pas de raison de s'écarter d'un point de vue médico-asséculo-logique des conclusions des experts.

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Spondylarthrose dorsolombaire avec lipomatose péri-durale sans myélopathie ni radiculopathie et sans instabilité (M47.8).
- Gonarthrose débutante prédominante à droite avec compartiment fémoro-patellaire et à gauche arthrose au compartiment interne et fémoro-patellaire (M17.9).
- Status après fracture comminutive du tibia distal gauche le 16.08.2008, traitée par ostéosynthèse et après ablation du matériel orthopédique, arthrose secondaire (M19.1).
- Status après entorse de la cheville droite et arthrose secondaire (M19.1).
- Neuropathie péronière externe droite par probable contusion en 2008 (G60.8).
- Trouble anxieux d'intensité moyenne (F41.9) présent depuis fin 2008.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Episode dépressif léger.
- Excès pondéral.
- Carcinome papillaire de la vessie, stade G III T 1 réséqué et traité par BCG en 2009 (C67.9) sans indice de récurrence en janvier 2011.
- Status après splénectomie pour rupture traumatique de la rate dans les suites de l'accident du 16.08.2008.

Limitations fonctionnelles somatiques :

- Activité adaptée sans charges permettant l'alternance des positions de type principalement sédentaire et incluant les limitations fonctionnelles retenues par le SMR le 19.02.2007.

Capacité de travail dans l'activité habituelle de cuisinier-traiteur : le SMR avait retenu une exigibilité de 0% comme restaurateur en cuisine et de 80% comme restaurateur s'occupant de la supervision des personnes, c'est-à-dire ne participant pas à l'activité manuelle de la préparation de la restauration. L'appréciation du BREM de la CT dans cette activité est entre 20 et 30% (page 79) et est qualifiée d'ordre occupationnel avec de l'aide dès août 2005 (sur la base de l'expertise P. _____ de janvier 2006). L'examen rhumatologique SMR du 19 décembre 2006 n'expliquant pas pourquoi il s'écartait de l'expertise P. _____ de janvier 2006, il n'a pas à nos yeux de caractère probant et nous faisons donc notre l'appréciation du BREM.

Depuis le 16 août 2008 la CT est nulle définitivement comme cuisinier et/ou serveur dans un restaurant (page 82).

Depuis la fin 2008, le psychiatre expert retient une incapacité de travail de 30% dans toute activité de l'économie sans baisse de rendement.

La capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis le 18 août 2005 et jusqu'à l'accident du 16.08.2008 (page 78).

Des indemnités journalières ont été versées dans le cadre de l'accident du 16.08.2008 jusqu'à au moins au 31.03.2010.

Depuis fin 2008, la capacité de travail est de 70% dans une activité adaptée aux limitations somatiques et psychiatriques (page 78).

Limitations fonctionnelles psychiatriques :

- Vulnérabilité au stress, seuil anxiogène abaissé, pas de conduite automobile seul, lieu avec amassement de foule, diminution de l'attention et de la concentration."

Un rapport d'enquête économique complémentaire a été établi le 23 décembre 2013 dont il résulte ce qui suit :

"Dans le cadre de son opposition le représentant de notre assuré conteste en particulier le revenu hypothétique de Sfr. 115'236.- (valeur 2006) pris en considération sur notre projet d'acceptation de rente du 23.07.2013.

La contestation du revenu hypothétique de référence (RS) s'appuie principalement sur une expertise fiduciaire effectuée en juin 2010. Nous avons pris connaissance de cette expertise, effectuée par « [...] SA » et pouvons en tirer les éléments économiques suivants :

En page 6 nous pouvons lire : « Nous rappelons, à ce propos, que « l'enquête économique pour les indépendants » effectuée le 27 février 2007 par l'Office de l'Assurance Invalidité (...) concluait que le revenu brut du demandeur devrait s'élever à CHF 113'870.- (...) l'appréciation faite par cet office semble parfaitement raisonnable. Il convient donc de retenir le montant de CHF 113'870 comme revenu probable du demandeur en 2007, si celui-ci n'avait pas été atteint dans sa santé. »

Nous en déduisons que l'expert fiduciaire valide notre analyse et confirme que notre estimation du RS était correcte.

Etant entendu que notre Office a tenu compte de l'indexation pour fixer le revenu hypothétique de l'année 2006 sur le projet d'acceptation de rente du 15.05.2008, corrigé en date du 23.07.2013, nous proposons de maintenir la somme de CHF 115'236.- comme RS pour l'année 2006.

S'agissant de déterminer le revenu hypothétique pour l'année 2013, estimé à Sfr. 125'127.- sur le projet d'acceptation du 23.07.2013 (Sfr. 115'236.- en 2006 indexé pour 2013), nous proposons d'admettre l'approche de l'expert qui tient compte d'un développement du département traiteur réduit par les conséquences des atteintes à la santé de Monsieur A.X._____.

En pages 15 et suivantes de son rapport, l'expert analyse le manque à gagner sur la partie traiteur que Monsieur A.X._____ n'a pas pu développer comme prévu en raison de son atteinte à la santé. Relevons que le calcul du chiffre d'affaires moyen réalisé entre le 01.01.2004 et le 30.06.2009 nous semble erroné, car la moyenne calculée sur 5.5 ans ne tient pas compte du chiffre d'affaires de CHF 67'604.25 réalisé sur les 5 premiers mois de l'année 2004 ([...]).

A notre avis, le calcul du chiffre d'affaires moyen devrait être le suivant :

Chiffre d'affaires cumulé 01.01.2004 à 30.06.2009: CHF 1'589'496.12

Chiffre d'affaires moyen annuel 2004 - 2009: CHF 1'589'496.12 / 5.5 années = CHF 288'999.30, arrondi à CHF 289'000.-

Comparé au CHF 350'000.- déterminé par le fiduciaire, le manque annuel de recettes peut être estimé à CHF 61'000.- (et non pas CHF 75'000.-).

En reprenant les mêmes bases de calcul que l'expert fiduciaire, ce chiffre d'affaires supplémentaire hypothétique de CHF 61'000.- aurait dégagé une marge brute de 68% donc de 41'480.-, de laquelle il convient de déduire encore le surcoût (autres frais) estimé à CHF 9'760.- (16% du complément de chiffres d'affaires).

Le manque à gagner sur la partie traiteur peut donc être estimé à CHF 31'720.-. S'agissant d'une estimation ressortant de la comparaison des comptes de plusieurs exercices comptables (2004 à 2009), nous estimons que ce montant peut être pris en considération sans qu'aucun facteur d'indexation ne soit appliqué (ce genre de revenus étant naturellement soumis à des fluctuations à la hausse comme à la baisse).

Sur notre projet de décision du 23.07.2013 nous avons retenu un RS de CHF 125'127.-, nous proposons donc de majorer ce revenu de CHF 31'720.- pour tenir compte du manque à gagner estimé sur la part traiteur. Pour l'année 2013, nous proposons donc de retenir un RS de CHF 156'847.-"

Ce rapport a été précisé le 19 mars 2014 comme il suit :

"Sur mon rapport du 23.12.2013 j'ai calculé un RS pour 2013 étant entendu que le projet de décision du 23.07.2013 faisait référence aux chiffres de cette année-là.

J'ai repris l'examen de ce dossier afin de déterminer le RS pour l'année 2009, et de confirmer celui de 2013.

RS retenu et admis pour 2005, selon rapport d'enquête initial : Sfr. 113'870.-

RS calculé pour 2006 (projet du 23.07.2013) : Sfr. 115'236.- (Sfr. 113'870.- + 1.2%).

RS indexé sur la base de l'indice des salaires nominaux, pour 2009, bases identiques : 113'870.- / 1992 x 2136 = Sfr. 122'101.-

RS indexé pour 2013 (cf. rapport REA 16.07.13 et projet du 23.07.13) = Sfr. 125'127.-

Rapport complémentaire du 23.12.2013 : Au vu de l'expertise comptable au dossier, j'ai admis un manque à gagner lié au développement ralenti du service traiteur.

Ce manque à gagner a été évalué à Sfr. 31'720.- et j'ai précisé sur mon rapport du 23.12.2013 qu'il n'y avait pas lieu de l'indexer s'agissant d'une estimation moyenne ressortant de l'analyse de 6 exercices comptables.

Je propose donc de retenir les chiffres suivants :

2009 : RS initial indexé :	Sfr. 122'101.-
Manque à gagner sur traiteur:	<u>Sfr. 31'720.-</u>
RS 2009 corrigé :	Sfr. 153'821.-

2013 : RS initial indexé :	Sfr. 125'127.-
Manque à gagner sur traiteur:	<u>Sfr. 31'720.-</u>

RS 2013 corrigé :

Sfr. 156'847-"

Le 14 mai 2014, le Dr Z. _____ a établi un certificat médical attestant une incapacité de travail de 40% depuis le 27 août 2012.

Dans une note d'entretien du 21 mai 2014 de l'OAI, il est mentionné que chez [...] Lausanne, en 2009 un conseiller en personnel touchait en moyenne entre 5'250 fr. et 5'300 fr. treize fois l'an et en 2013 en moyenne 5'500 fr. treize fois l'an, ces chiffres représentant un salaire de base garanti auquel s'ajoute un système de bonus en fonction des placements effectués.

Il résulte ce qui suit d'une communication interne du 26 mai 2014 de l'OAI :

"Une enquête a été faite auprès d'entreprises de placement pour connaître le revenu d'un conseiller en placement en 2009 et 2013 (voir note du 19.05.14).

La moyenne d'un salaire de base est de

En 2009 : Fr. 70'200.- à 100%

En 2013 : Fr. 71'500.- à 100%

Cela ne tient pas compte des bonus en fonction des placements effectués, selon nos informations auprès d'un collègue travaillant auparavant dans une agence de placement, ils sont compris entre Fr. 500.- et Fr. 1'000.-/mois.

Donc, en faisant la moyenne des bonus à Fr. 750.-/mois :

En 2009 : Fr. 79'200.- à 100%, soit Fr. 55'440.- à 70%.

En 2013 : Fr. 80'500.- à 100% soit Fr. 56'350.- à 70%.

Les classes 22-25 de la grille salariale de l'Etat de Vaud sont prises en référence, car en vigueur à l'OAI pour un poste de conseiller en placement jusqu'en 2013.

En 2009 : Fr. 91'072.- à 100%, soit Fr. 63'750.- à 70%.

En 2013 : Fr. 98'858.- à 100%, soit Fr. 69'200.- à 70%.

Il y a une différence entre ces deux sources en raison des primes qui varient, le revenu augmente généralement après quelques années d'expérience et un réseau d'entreprises plus développé. Par ex. chez [...], un nouvel employé reçoit un salaire de base entre 5'000.- et 6'000.-, si on retient le maximum avec une prime mensuelle de Fr. 1'000.- cela revient à Fr. 63'000.- à 70% (Fr. 90'000.- à 100%).

RS 2009: Fr. 153'821.-

RS 2013: Fr. 156'847.- (selon note du 19.03.14)".

Le 16 juin 2014, l'OAI a adressé à l'assuré la lettre suivante :

"Par courrier du 23 août 2013, vous avez contesté notre position sur différents aspects, tant économiques que médicaux.

Vos arguments d'ordre médical ont été soumis pour analyse au Service médical régional AI (SMR) ; nous nous référons dès lors expressément à l'avis médical détaillé du 11 septembre 2013 ci-joint, par lequel le SMR maintient sa position, basée sur une expertise judiciaire approfondie.

Au plan économique, vous remettez en question plusieurs points. Concernant le revenu sans invalidité tout d'abord, nous vous renvoyons aux avis de notre économiste des 23 décembre 2013 et 19 mars 2014, dans lesquels celui-ci prend en compte l'argumentation de l'expertise fiduciaire que vous nous avez fait parvenir.

Vous estimez d'autre part qu'il serait indispensable de poursuivre les mesures professionnelles pour que votre client soit en mesure d'exploiter sa capacité de travail résiduelle. Sur la base du rapport de notre spécialiste en réinsertion professionnelle, nous considérons que notre assuré est en mesure de prétendre à un emploi de conseiller en personnel sans autre mesure professionnelle compte tenu de sa longue expérience dans le domaine de la restauration, de son entourage ainsi que de son réseau professionnel particulièrement étendu, véritable atout dans le domaine du placement.

La mesure proposée à l'OSEO aurait permis une expérience professionnelle supplémentaire, mais n'est pas indispensable à une intégration en entreprise. En effet, les entreprises de placement offrent toujours une formation interne à leurs nouveaux collaborateurs, quel que soit leur parcours professionnel.

Cela dit, une aide au placement pourrait être proposée à notre assuré, pour autant qu'il souhaite en bénéficier et admette l'exigibilité médicalement attestée.

S'agissant ensuite du taux d'invalidité, nous précisons que le calcul du préjudice économique doit s'effectuer à trois périodes différentes. En premier lieu à l'échéance du premier délai d'attente, en août 2006: nous confirmons à cet égard les chiffres indiqués dans le projet de décision qui ne semblent pas contestés et qui aboutissent à un taux d'invalidité de 26.5 %, taux n'ouvrant pas le droit à une rente.

Le taux d'invalidité doit ensuite être évalué en août 2009, au moment où notre assuré a recouvré une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée.

De l'avis de notre spécialiste en réinsertion professionnelle, votre client pouvait déjà prétendre à un poste de conseiller en placement avant les mesures professionnelles mises en place. En effet, il disposait déjà de ses principaux arguments en la matière, relevés

plus haut. Le revenu d'invalidé pris en compte est donc fixé sur les mêmes bases qu'après les mesures professionnelles.

Pour évaluer ledit revenu d'invalidé, nous avons procédé à une enquête salariale auprès de quelques entreprises de placement actives dans le canton (voir la note du 26 mai 2014 en annexe). Nous pouvons donc prendre en compte la moyenne entre le revenu indiqué par les entreprises privées de placement et les revenus du secteur public. Cette moyenne se monte à Fr. 59'595.- en 2009 pour un taux de travail de 70 %.

Le calcul du taux d'invalidité est dès lors le suivant :

- Revenu sans invalidité :	Fr. 153'821.-
- Revenu d'invalidé :	Fr. 59'595.-
- Taux d'invalidité :	61.25 %

M. A.X. _____ a donc droit à un trois-quarts de rente à partir du 1^{er} décembre 2009, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé et de sa capacité de travail.

Par la suite, notre assuré a bénéficié d'indemnités journalières de manière ininterrompue du 1^{er} avril 2010 au 30 juin 2013 ; la rente doit donc être suspendue pendant cette période.

A la fin des mesures professionnelles, le préjudice (calculé sur les mêmes bases qu'auparavant mais après indexation à 2013) est le suivant :

- Revenu sans invalidité :	Fr. 156'847.-
- Revenu d'invalidé :	Fr. 62'775.-
- Taux d'invalidité :	59.97 soit 60 %

Le trois-quarts de rente peut donc être réintroduit dès le 1^{er} juillet 2013."

Dans une écriture du 16 juillet 2014, l'assuré a notamment soutenu qu'une perspective d'emploi dans une activité de conseil en placement paraissait totalement irréaliste en raison de son état de santé, de son âge et de son absence de formation adéquate. Il relevait que les mesures professionnelles de l'OAI en sa faveur n'avaient pas été menées à leur terme et que de ce fait il ne maîtrisait qu'imparfaitement l'informatique, et n'avait pas été en mesure d'acquérir une formation adéquate pour un travail dans un bureau. Il a contesté les revenus avec et sans invalidité pris en compte et conclu à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} décembre 2009. Il a joint à ce courrier une lettre de [...] SA selon laquelle lors de l'engagement d'un conseiller en personnel junior son revenu était de 4'800 fr. par mois treize fois l'an à 100% et de 3'840 fr. par

mois treize fois l'an à 80%, un engagement à 50% ne pouvant être envisagé au vu du métier.

A la suite de ce courrier, un rapport d'enquête économique complémentaire a été établi le 24 juillet 2014 dont il résulte ce qui suit :

"Nouvel examen suite au courrier de Me Micheli daté du 16.07 2014

Les points 5 et 6 du courrier précité font référence au calcul du revenu hypothétique sans atteinte à la santé (RS)

Point 5) « Le montant de fr 113'870.- par an retenu par l'Office AI à l'époque correspondait approximativement au salaire brut prélevé par M. A.X._____ en 2005. Or, il ne faut pas perdre de vue que, durant cet exercice, mon client souffrait déjà fortement de dorsolombalgies et était déjà sérieusement entravé dans son activité professionnelle de restaurateur-traiteur au [...] à [...] (...) »

Réponse : comme mentionné sur le rapport d'enquête initial, le salaire de Monsieur A.X._____, ainsi que celui de son épouse, ont été établis en accord avec leur fiduciaire sur la base des comptes d'exploitation de l'ancien gérant. La question d'un salaire réduit en raison de dorsolombalgies de l'intéressé n'a jamais été soulevée jusqu'à ce jour et ne semble pas ressortir du dossier.

Comme relevé par Me Micheli au début du point 5 de son courrier, l'expertise [...] SA relevait (pages 6 et 7 du rapport) que le montant de fr. 113'870.- semblait parfaitement raisonnable et qu'il convenait de retenir ce montant comme revenu probable du demandeur en 2007 s'il n'avait pas été atteint dans sa santé.

Point 6) « Il résulte par ailleurs de l'expertise [...] SA que M. A.X._____ réalisait, entre 2000 et 2004, des revenus supérieurs à fr. 200'000.- par an et qu'il aurait pu espérer obtenir un gain de même ordre dans l'exploitation du [...] puis de l' [...] d' [...] s'il n'avait pas été atteint dans sa santé et dans sa capacité de travail. »

Réponse : Pour mémoire, jusqu'en mai 2004 le couple A.X._____ exploitait le [...] d' [...] et réalisait en parallèle un revenu accessoire avec la [...] de [...] (page 5 de l'expertise). Le contrat liant notre assuré aux [...] a été résilié pour des raisons indépendantes de l'état de santé de notre assuré et le couple A.X._____ a ensuite repris l'exploitation du [...].

Le restaurant du [...] ne peut pas être comparé à celui du [...] et les revenus susceptibles d'être dégagés par l'exploitation de ces 2 établissements ne sont pas comparables. En page 9 de l'expertise [...] nous pouvons lire : « Il nous a précisé que son activité de gérant du [...] d' [...], où il supervisait le travail d'une quarantaine d'employés, n'était pas le même que dans un établissement sensiblement plus modeste, où il était lui-même en cuisine. »

Au vu de ce qui précède, nous maintenons les conclusions de notre rapport d'enquête du 23.12.2013, complétées par la communication interne du 19.03.2014 en ce qui concerne la détermination du RS."

Il résulte d'une communication interne du 19 août 2014 du service de réadaptation de l'OAI ce qui suit :

"Point 2 : maîtrise imparfaite de l'informatique — état de santé

Nous avons financé des cours d'informatique en 2010.

En 2011, il a pu mettre en pratique ses connaissances au sein de [...] en prospectant des entreprises et en entrant les données dans le système informatique de ce cabinet.

Les connaissances de l'informatique s'apprennent par l'exercice une fois les bases connues, comme M. A.X. _____ a pu les acquérir par les cours précités. Il a pu les développer durant ce stage ou à son domicile.

Concernant l'état de santé, c'est une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites par le SMR.

Point 3 : montant du revenu d'invalidé (RI) retenu

La détermination du RI s'est faite par une prise de renseignements dans plusieurs sociétés et une moyenne a été faite. Les différentes sources donnent des montants très similaires, nous n'avons pas de raisons de nous écarter de ces informations et maintenons le montant du RI.

De plus, tout conseiller en placement a un objectif de placement, étant le propre de ce métier, des bonus sont donc à prendre en considération dans le calcul.

Point 4 : prise en compte de la grille salariale de l'Etat de Vaud

Me Micheli n'explique pas pourquoi un emploi dans le secteur public serait moins réaliste qu'un poste dans le secteur privé. Rappelons que M. A.X. _____ peut mettre en avant un certain nombre d'atouts, comme sa longue expérience dans le domaine de la restauration et son réseau professionnel particulièrement étendu.

De toute manière, même si nous ne prenons pas en compte le revenu de la grille salariale de l'Etat de Vaud, le droit aux prestations ne changerait pas.

Soit :

RI / RS 2009 :

Fr. 55'440.- / Fr. 153'821.- Préjudice : 63,95%

RI / RS 2013 :

Fr. 56'350.- / Fr. 156'847.- Préjudice 64,07%".

Il résulte des décisions rendues le 17 septembre 2014 par l'OAI notamment ce qui suit :

"Résultat de nos constatations :

Exerçant une activité de restaurateur indépendant, vous êtes en incapacité de travail continue dès le 18 août 2005.

A l'échéance du délai d'attente d'une année, en août 2006, votre activité habituelle de restaurateur s'occupant surtout de la cuisine n'est plus adaptée à votre état de santé. Comme restaurateur s'occupant de la supervision du personnel, votre capacité de travail est estimée à 80 %.

Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, votre capacité de travail est entière dès août 2005. Vous pouvez exercer par exemple une activité de management dans l'hôtellerie.

Vous avez donc été contacté par notre service de réadaptation professionnelle qui souhaitait vous proposer des cours intensifs de management liés à l'hôtellerie et à la restauration dispensés par l' [...]. Toutefois, vous nous avez annoncé que vous aviez d'autres projets et que vous aviez repris un restaurant à [...].

Dès lors, afin de vous rendre une décision, nous nous sommes renseignés sur le salaire minimum que vous auriez pu réaliser après la mise en place des mesures professionnelles que nous souhaitons vous proposer. Ce salaire est de CHF 84'695.-minimum par année.

Dans votre activité de restaurateur indépendant et sans atteinte à la santé, vous auriez perçu en 2006 un revenu annuel de CHF 115'236.-.

A l'échéance du délai de carence d'une année, votre incapacité de travail et de gain est estimée à 26 % selon le calcul ci-dessous :

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité CHF 115'236.00

avec invalidité CHF 84'695.00

La perte de gain s'élève à CHF 30'541.00 = un degré d'invalidité de 26.50 %

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

Le 15 mai 2008, vous avez donc reçu un projet de décision dans ce sens. Cependant, en date du 18 juin 2008, vous avez contesté notre projet et nous avons repris l'instruction de votre dossier.

Le 16 août 2008, vous avez été victime d'un accident de la circulation et vous avez présenté une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 25 août 2009.

Le calcul de l'invalidité moyenne sur 12 mois tenant compte de l'invalidité de 26.5 % puis de 100 % permet de considérer que vous présentiez une invalidité moyenne de 40 % au moins en octobre 2008. Le droit à un quart de rente est donc ouvert dès cette date.

Puis, vous avez droit à une rente entière dès le 1^{er} janvier 2009 soit trois mois après l'aggravation de votre état de santé.

Dès le 26 août 2009, votre capacité de travail est estimée à 70 % dans une activité adaptée. Selon notre spécialiste en réinsertion professionnelle, vous pouviez dès cette date exercer une activité de conseiller en placement, à 70%, pour un revenu annuel de CHF 59'595.-.

En août 2009, votre taux d'invalidité était donc le suivant :

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité CHF 153'821.00

avec invalidité CHF 59'595.00

La perte de gain s'élève à CHF 94'226.00 = un degré d'invalidité de 61.25 %

Le droit à un trois-quarts de rente vous est dès lors ouvert dès le 1^{er} août 2009.

Afin de mettre en valeur votre capacité de travail, nous avons retransmis votre dossier à notre service de réadaptation qui a mis en place diverses mesures professionnelles avec versement d'indemnités journalières de manière ininterrompue, du 1^{er} avril 2010 au 30 juin 2013.

La rente doit donc être suspendue pendant cette période.

A l'échéance des mesures professionnelles, votre taux d'invalidité s'évalue comme suit :

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité CHF 156'847.00

avec invalidité CHF 62'775.00

La perte de gain s'élève à CHF 94'072.00 = un degré d'invalidité de 59.97 %

Le trois-quarts de rente doit ainsi être réintroduit dès le 1^{er} juillet 2013.

Une aide au placement pourrait vous être proposée, pour autant que vous souhaitiez en bénéficier et que vous admettiez l'exigibilité médicalement attestée.

Nous nous référons pour le surplus à notre lettre explicative du 16 juin 2014.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Du 1^{er} octobre 2008 au 31 décembre 2008, vous avez droit à un quart de rente d'invalidité pour un degré de 40 %.

Du 1^{er} janvier 2009 au 30 novembre 2009, vous avez droit à une rente entière d'invalidité pour un degré de 100 %.

Dès le 1^{er} décembre 2009, soit trois mois après l'amélioration de votre état de santé, vous avez droit à un trois-quarts de rente d'invalidité pour un degré de 61 %.

La rente est suspendue du 1^{er} avril 2010 au 30 juin 2013, période pendant laquelle vous avez bénéficié d'indemnité journalière ininterrompue.

Dès le 1^{er} juillet 2013, le trois-quarts de rente (taux de 60 %) est réintroduit.”

B. Par acte du 28 octobre 2014, A.X._____, par son conseil, a recouru contre ces décisions devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant avec suite de frais et dépens, principalement à leur réforme en ce sens qu'il bénéficie d'une rente d'invalidité entière pour lui et ses enfants à partir du 1^{er} décembre 2009 et subsidiairement à l'annulation des décisions attaquées, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelles décisions dans le sens des considérants. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise et l'audition de témoins. Le recourant soutient en substance que s'il n'avait pas été atteint dans sa santé et dans sa capacité de travail, il aurait pu réaliser un revenu identique à celui qu'il retirait du [...] d' [...], soit une somme de l'ordre de 200'000 fr. par an. Il allègue en raison de ses atteintes à la santé physique être sérieusement limité dans toutes les tâches exigeant la station debout ou la marche prolongée, un port de charges excédant 8 kg, et dans tout travail nécessitant des genuflexions répétées ou le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers, sa capacité de travail comme restaurateur s'occupant surtout de cuisine étant actuellement nulle. Il soutient avoir entrepris une réadaptation professionnelle sous l'égide de l'AI entre 2009 et 2013 mais que la réadaptation n'avait pas pu être menée à son terme, en particulier parce que l'OAI n'a pas été en mesure de lui retrouver un stage après celui effectué chez [...] et que malgré quelques cours en informatique et en gestion, il a une formation manifestement insuffisante en matière administrative. Compte tenu de ses problèmes de santé, de sa formation, de son expérience et de son âge, il ne voit pas concrètement quelle activité professionnelle pourrait être exigée de lui et en conclut ne pas être en mesure d'exercer valablement une activité professionnelle de conseiller en placement. Il ajoute que dans une telle activité son revenu réduit à 60% serait de l'ordre de 33'000 fr. et que comparé au revenu sans invalidité de 200'000 fr., le taux d'invalidité est supérieur à 70%.

Il a produit diverses pièces dont une attestation du 3 septembre 2014 du physiothérapeute F.F._____ selon laquelle le recourant suit régulièrement un traitement de physiothérapie pour les deux chevilles et le bas de la colonne lombaire prescrit par le Dr D._____ à raison d'une séance par semaine depuis le 3 novembre 2008 suite à son accident du 16 août 2008.

Dans sa réponse du 11 décembre 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il s'est référé à l'avis du 11 septembre 2013 du SMR ainsi qu'aux différents éléments économiques recueillis et discutés par ses spécialistes en la matière entre août 2013 et août 2014 de même qu'à ses courriers des 16 juin et 19 août 2014.

C. Le dossier assurance-accidents (AA) a été produit. Les pièces principales figurent sous lettre A ci-dessus.

Il en résulte en outre qu'à la suite du recours déposé par A.X._____ auprès de la Cour de céans contre la décision sur opposition rendue le 16 avril 2010 par M._____, une expertise a été confiée au BREM. Le rapport d'expertise du 25 mai 2012 est signé par les Drs???._____, spécialiste en rhumatologie, S.S._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, V.V._____, spécialiste en neurologie et B.B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Sur le plan somatique les experts ont exposé notamment ce qui suit :

"Objectivement actuellement les experts somaticiens mettent en évidence un syndrome cervical modéré, régressif, des suites de l'accident du 28.11.2011 sans souffrance myélo-radulaire à point de départ cervical. Les acroparesthésies bilatérales des membres supérieurs sont à mettre en rapport avec un discret syndrome du tunnel carpien bilatéral objectivé lors du bilan ENMG. Cette neuropathie n'a pas de causalité avec l'accident du 28.11.2011 pas plus qu'avec l'accident du 16.08.2008. Aucun de ces deux accidents n'a provoqué de lésion en regard de cette localisation anatomique.

Quant à la faiblesse distale du membre inférieur droit, attribuée jusqu'à présent à des séquelles d'une contusion du nerf péronier et traitée par attelle anti-steppage, il n'est plus mis en évidence de véritable parésie ni d'amyotrophie significative dans le territoire du nerf péronier, soit au niveau de la loge antéro-externe de la jambe droite, tout au plus nous notons une discrète hypotrophie du muscle pédieux droit qui peut être imputable au port de l'attelle. Cliniquement, bien qu'il y ait une boiterie, il n'y a pas de steppage reproductif, typique, du pied droit. De surcroît, il n'y a pas de parésie lors du testing musculaire mais plutôt des phénomènes de lâchage d'allure fonctionnelle et dépassant le territoire péronier, ce qui d'ailleurs avait déjà été relevé par le Professeur M.M. _____ en neurologie au CHUV en 2010. Le bilan ENMG actuel ne démontre pas de perte axonale significative du nerf péronier droit ; l'EMG de détection à l'aiguille révélant tout au plus lors de la contraction volontaire du muscle tibial antérieur droit (nerf péronier) des potentiels d'unité motrice polyphasiques témoignant d'une réinnervation. Ceci est compatible avec une ancienne atteinte du nerf péronier qui a récupéré. En effet, dans l'ensemble des muscles examinés et innervés par le nerf péronier droit on ne détecte aucun signe de dénervation aigue et le tracé EMG à l'effort gradué ne montre aucun signe de parésie. S'il est appauvri, c'est en raison de lâchages et d'un effort volontaire sub-optimal, comme en témoigne l'absence d'anomalies de recrutement des petites unités motrices. Ceci est donc en corrélation avec l'évaluation clinique. En conclusion l'atteinte modérée du nerf sciatique poplité a récupéré et n'atteint plus le stade d'un dommage permanent. Cela ne justifie plus non plus le port d'une attelle anti-steppage. On peut donc conclure à l'absence de véritable steppage et/ou de parésie significative des extenseurs du pied et des orteils.

On note quelques hyper-réactions traduisant une mauvaise tolérance à la douleur. Ces hyper-réactions ont perturbé quelque peu l'évaluation précise des fonctions articulaires des membres inférieurs notamment au niveau des chevilles qui ont dû être répétées par les différents experts.

On relèvera sur le plan vertébral une raideur à prédominance lombaire. On note quelques douleurs à la palpation cervicale, en particulier au niveau C6-C7, ainsi qu'une limitation douloureuse de la mobilité du segment cervical, en particulier en rotation vers la gauche.

L'examen des membres supérieurs révèle un léger signe irritatif au niveau acromio-claviculaire à droite ainsi que quelques douleurs lors de l'élévation des épaules au-dessus de 150°. On relèvera une diminution modérée de l'amplitude articulaire de la cheville gauche qui s'accompagne d'une amyotrophie relative du mollet et de la cuisse, M. A.X. _____ expliquant qu'il décharge encore régulièrement son membre inférieur.

La confrontation radio-clinique des experts rhumatologues et orthopédistes fait retenir les diagnostics de lombalgies chroniques sur spondylarthrose lombaire évoluant depuis plusieurs années, un status après probable entorse cervicale sur traumatisme d'accélération-décélération survenu en novembre 2011 dans le contexte d'une cervicarthrose.

Sur le plan axial nous n'observons pas de lésion structurelle vertébrale post-traumatique si l'on se fonde sur la scintigraphie osseuse pratiquée le 22.02.2012 qui ne démontre pas d'hypercaptation susceptible de traduire une lésion cervicale

vertébrale récente et qui ne démontre pas d'hypercaptation localisée des structures lombaires. L'état après fracture costale gauche ne montre pas d'hypercaptation résiduelle en regard du gril costal.

Sur le plan scapulaire : on relèvera un léger syndrome acromio-claviculaire droit à l'examen clinique que l'on peut corrélérer à l'examen scintigraphique qui révèle quelques hypercaptations, d'aspect dégénératif acromio-claviculaire bilatéral.

Sur le plan des genoux on notera un status après ménissectomie interne droite à l'âge de 19 ans, un status après contusion du genou gauche consécutif à l'accident de 2008. Il existe quelques légers troubles dégénératifs des deux genoux: On note également une chondrocalcinose bilatérale. La situation est calme actuellement en regard des deux genoux.

Au niveau des chevilles : on relèvera un status après fracture du pilon tibial G consécutif à l'accident de 2008 avec légère évolution dégénérative tibio-astragalienne antérieure et présence d'ossifications et de corps libres tibio-astragaliens et péronéo-astragaliens ainsi que d'une ossification juxta-corticale péri-malléolaire externe. La cheville droite présente des signes ostéodystrophiques de la malléole externe compatibles avec un status post contusionnel osseux associé à des signes dégénératifs sous-astragaliens externes, sans anomalie des structures ligamentaires ou tendineuses.

Au terme de leur examen d'expertise, les experts somaticiens, neurologue, orthopédiste, rhumatologue et interniste estiment que la CT de cuisinier est notablement restreinte des suites de l'accident. L'IT des seules suites de l'accident est de 70% en tenant compte de l'évolution depuis 2008 et de la situation actuelle. Nous nous rapprochons du taux établi par l'orthopédiste traitant et nous écartons quelque peu du taux établi précédemment par l'expert T._____ compte tenu de notre bilan objectif actuel avec évolution arthrosique de la cheville gauche, des signes dégénératifs en regard de la cheville droite et de la concordance radio-clinique pour les deux chevilles.

Comme directeur comme cela était le cas du restaurant de [...] d' [...] des suites de l'accident, l'IT est très partielle, de l'ordre de 10% des seules suites de l'accident au plan somatique.

Dans un travail comme au restaurant [...], comme patron avec une équipe de collaborateurs plus restreint l'IT des seules suites de l'accident est de 50%.

Une activité adaptée aux suites de l'accident de 2008 reste pleinement exigible au plan somatique à partir de l'expertise T._____, soit à partir d'août 2009."

Sur le plan psychiatrique, les experts ont retenu en particulier ce qui suit :

"A l'examen clinique de ce jour, M. A.X._____ présente un seuil anxiogène moyennement abaissé et des éléments dépressifs se manifestant par une humeur dépressive, une énergie vitale fluctuante, une diminution de la confiance en soi, une difficulté fluctuante à soutenir son attention, à se concentrer ainsi que des

troubles du sommeil. Ces symptômes dépressifs correspondent à un épisode dépressif léger sans syndrome somatique.

Du fait de symptômes persistants depuis octobre 2008, le diagnostic de trouble de l'adaptation ne peut plus être retenu car il ne doit pas excéder 6 mois selon la définition de la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement CIM-10. En 2011, les symptômes justifient deux diagnostics séparés, soit celui de trouble anxieux d'intensité moyenne et celui d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique.

A cette époque, le trouble anxieux d'intensité moyenne entraînait comme limitations une vulnérabilité au stress, un seuil anxiogène abaissé, des conduites d'évitement, une fatigabilité avec diminution de l'attention et de la concentration limitant la CT à 70%.

Des traits de personnalité dépendants, obsessionnels et anxieux sont présents mais ils n'atteignent pas le seuil pour retenir un trouble de personnalité.

Tout comme le Dr Z. _____, l'experte ne retient pas un diagnostic d'état de stress post traumatique car les symptômes n'atteignent pas le seuil suffisant, ni le nombre de critères pour justifier ce diagnostic, ni de trouble de la personnalité.

Fin novembre 2011, M. A.X. _____ a été victime d'un accident mineur de voiture mais qui vu le contexte déjà fragile, a contribué à augmenter l'anxiété préexistante. Le trouble anxieux jusqu'alors d'intensité moyenne se traduit à ce jour par une anxiété généralisée. Une angoisse flottante est présente même relative à des préoccupations mineures. M. A.X. _____ présente une anxiété anticipatrice; pour résumé, il a peur d'avoir peur.

Auprès de l'experte psychiatre, les plaintes algiques ne sont pas au premier plan, contrairement des plaintes auprès des autres experts. Après discussion avec les co-experts somaticiens, il apparaît une amplification des douleurs, non explicitées par des raisons organiques. L'utilisation d'une chaise roulante, d'une canne, d'une attelle et d'une minerve ne seraient pas nécessaires selon les co-experts. Les douleurs intenses et persistantes relatées par M. A.X. _____ s'accompagnent d'un sentiment de détresse et surviennent dans un contexte de conflits émotionnels, de problèmes psychosociaux et asséurologiques; ceci permet de retenir selon les critères de la CIM-10 le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Ce trouble s'accompagne d'une co-morbidité psychiatrique d'acuité importante, à savoir une anxiété généralisée.

L'experte ne retient pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie car certaines activités sont maintenues, telles juge assesseur ...][...] (3 à 4 séances par année selon l'expertisé), séance hebdomadaire au [...]. Monsieur évoque également du plaisir à voir ses quatre enfants, ses 2 petits-enfants et à partager des moments en famille.

Par le biais de l'Assurance-Invalidité, M. A.X. _____ suit une réadaptation d'abord à 20%, dans le domaine du coaching. Depuis février 2012, cette réadaptation s'effectue à 50%.

Des bénéfices secondaires sont présents avec mobilisation de l'entourage et évitement de certaines situations.

M. A.X. _____, de par ses traits obsessionnels et narcissiques, a un fort besoin de contrôle sur son environnement. Confronté à ses limites physiques et à un abaissement du seuil à la douleur, ses

capacités adaptatives et ses ressources psychiques se réduisent progressivement.

Sur le plan psychique, on ne peut parler d'échec des traitements car hormis des benzodiazépines (sans effet sur le seuil de la douleur et l'anxiété généralisée), seul un antidépresseur (Ciprallex®) a été prescrit, puis cessé en raison d'effets secondaires. Un traitement de type duloxétine (Cymbalta®) ou venlafaxine (Efexor®) devrait être introduit, dans le but d'agir conjointement sur l'anxiété et le seuil douloureux.

A ce jour, l'anxiété généralisée et le trouble somatoforme persistant entraînent comme limitations un seuil anxiogène et douloureux abaissé, une vulnérabilité au stress, une anxiété anticipatrice et une diminution plus marquée des capacités adaptatives et d'apprentissage. Ces limitations interfèrent de 40 %, quelle que soit l'activité."

Les experts indiquent en outre ce qui suit :

"Au terme de leur examen d'expertise, les experts somaticiens estiment que la CT de cuisinier, est notablement restreinte, des suites de l'accident. L'IT des seules suites de l'accident est de 70% comme cuisinier. Comme patron dans un travail semblable au restaurant [...], ou dans un restaurant tenu avec son fils, l'IT est de 50% des suites de l'accident. Comme directeur comme cela était le cas du restaurant de [...] d' [...] des suites de l'accident, il n'y a pas d'IT des seules suites de l'accident.

Une activité adaptée des suites de l'accident de 2008 reste pleinement exigible au plan somatique à partir de l'expertise T. _____, soit à partir d'août 2009.

Rappelons que l'AI suite à l'examen au SMR avait admis une invalidité économique partielle sur la base d'une exigibilité totale dans une activité adaptée, d'une IT de 20% comme restaurateur-responsable, et une pleine IT comme cuisinier donnant droit à une réadaptation, mais inférieure au taux requis pour obtenir une rente.

Si l'on intègre de manière consensuelle l'évaluation de l'experte psychiatre, il faut admettre que dans toute activité, il existe une IT de 30% depuis fin 2008 (suite du 1er accident) en raison d'un trouble anxieux d'intensité moyenne, puis une IT de 40% depuis fin novembre 2011 (suite du 2ème accident) en raison d'une anxiété généralisée."

Ils ont posé les diagnostics suivants :

"5. Diagnostics

Anxiété généralisée (F41.1).

Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45 .4).

Syndrome de dépendance aux benzodiazépines, utilisation continue (F 13.25)

Status après fracture comminutive du tibia distal gauche ostéosynthésée. Status après AMO, arthrose secondaire (M. 19.1).

Status après probable contusion du nerf sciatique poplité externe droit (G 57.3) sans séquelle significative
Syndrome cervical modéré, et syndrome lombovertébral variable sur spondylodiscarthrose avec lipomatose périurale lombaire sans myélopathie ni radiculopathie, sans instabilité (M 47. 8)
Status après entorse de la cheville droite (M 19.1)
Status après splénectomie pour rupture traumatique de la rate (S36.0)
Status après contusions multiples et fracture de la côte basale à gauche (T00.9)
Gonarthrose à prédominance femoro-patellaire, status après ménissectomie droite dans sa jeunesse (M17.9)
Syndrome du canal carpien bilatéral (G56 .0)
Excès pondéral (R 63.2)
HTA I 10 avec dyslipidémie (E78.0)
Status après carcinome papillaire de la vessie de haut grade stade (G3 T1) traité (C67.9)
Syndrome d'apnée du sommeil de degré léger (R06.8)."

Les experts ont encore indiqué ce qui suit :

"11. L'ensemble des troubles consécutifs à l'accident présentés par le recourant sont-ils de nature à empêcher une activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail?

- en cas d'incapacité partielle, selon quel taux, en pour cent, pour quels motifs et depuis quand?

Au plan somatique

Indépendamment des problèmes somatiques antérieurs (qui donnaient lieu à reconnaître une pleine IT comme cuisinier et traiteur comprenant l'activité en cuisine, le service, la livraison de produits, les achats), l'accident aurait donné lieu à une IT semblable comme cuisinier en raison des séquelles de la cheville gauche, indépendamment des problèmes malades connus.

Nous nous écartons sur ce point de l'expertise T. _____ et l'évolution arthrosique suspectée par le Dr D. _____, confirmée, donne un argument soutenant cette appréciation.

En effet, les limitations douloureuses et fonctionnelles de la cheville gauche après fracture du plateau tibial associées aux troubles dégénératifs sous-astragaliens à droite entraînent une incapacité de travail durable dans toute activité exigeant la marche ou la station debout prolongée, la marche en terrain irrégulier ou la montée et descente fréquente d'échelles ou d'escaliers à la hauteur de 70%.

Une activité adaptée selon les limitations fonctionnelles déjà connues serait pleinement exigible des suites de l'accident, des seules séquelles des membres inférieurs.

L'activité mixte de patron et surveillant de restaurant est exigible à 50% des suites de l'accident.

L'accident de 2011 entraîne également passagèrement une incapacité partielle (environ 25%) dans une activité ne permettant pas les changements de position cervicale (conduite automobile, ordinateur). Au-delà de 6 mois à dater de l'accident les troubles invalidants cervicaux ne relèveront plus de ce dernier mais seront à

mettre en rapport avec une cervicarthrose préexistante d'origine malade.

Si l'on se fonde exclusivement sur les séquelles de l'accident de 2008 on peut admettre une incapacité partielle dans une activité de restaurateur-traiteur/patron liée aux limitations dans toutes les tâches exigeant la station debout ou la marche prolongée. Cette limitation est variable selon le poste. Elle nous paraît plus importante au restaurant [...] ou autre travail semblable qu'au [...] d'...] [...]. En revanche les séquelles post accidentelles du membre inférieur n'entraînent aucune perte de capacité pour la part administrative de cette fonction (cf. discussion ci-dessus) mais l'évolution vers un trouble somatoforme dont les critères nous apparaissent actuellement définis avec co-morbidité psychiatrique nous font admettre une IT de 40% dans toute activité. Celle-ci a été discutée consensuellement entre les experts somaticiens et la co-experte psychiatre.

- au cas où ces troubles engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession de gérant (restauration-traiteur), quel est sur le plan médical le type d'activités professionnelles adaptées qu'il pourrait exercer, à quel taux, pour quels motifs et depuis quand?

Au plan somatique

Nous l'avons détaillé ci-dessus.

Au plan psychiatrique

Cette incapacité de travail de 40 % est indépendante de la profession exercée.

- quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Au plan rhumatologique

Les limitations fonctionnelles:

Rachis : nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout ce qui permet également de varier la position de la tête. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Membres supérieurs : pas de travail en élévation ou d'abduction des membres supérieurs à plus de 80°, pas de lever de charges excédant 8 kg avec les membres supérieurs.

Membres inférieurs : pas de travail nécessitant des genuflexions répétées ou l'utilisation d'escabeaux, d'échelles ou escaliers de manière fréquente.

Au plan neurologique

En l'absence de véritable séquelle neurologique, il n'y a pas de limitation neurologique.

Au plan psychiatrique

Un seuil anxiogène et douloureux abaissé, une vulnérabilité au stress, une anxiété anticipatrice et une diminution progressive des capacités adaptatives et d'apprentissage. Ces limitations interfèrent de 40 %, quelle que soit l'activité.

12. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre au recourant d'exercer une activité lucrative?

Dans l'affirmative:

- Quelles sont ces mesures?

Au plan somatique

Nous avons discuté précédemment avec le Dr N._____ et actuellement avec le Dr F._____ de la très lourde médication à laquelle s'astreint l'expertisé. Nous avons contrôlé la compliance médicamenteuse précédemment qui atteste que M. A.X._____ prend ses médicaments.

Les médecins traitants espèrent unanimement qu'une fois le problème assécurologique enfin réglé, M. A.X._____ retrouvera une certaine paix. Il s'est toujours montré entrepreneur et évoque quelques projets pour une activité adaptée. Nous pensons comme nos confrères qu'il pourra retrouver de lui-même une activité qui lui convienne, à temps partiel.

Au plan orthopédique

L'ensemble des co-morbidités ostéo-articulaires et surtout vertébrales qui se surajoutent aux séquelles de l'accident permettront difficilement le retour vers une pleine capacité travail autre que purement administrative.

Au plan psychiatrique

Oui, par un suivi psychothérapeutique plus rapproché et un changement de la médication psychotrope.

A ce jour, Monsieur a une capacité de travail de 60 %, sans diminution de rendement, dans toutes activités.

L'anxiété généralisée et le syndrome douloureux somatoforme persistant traités permettraient une augmentation de la capacité de travail à un taux de 80 %.

Les capacités adaptatives, déjà réduites, vont probablement diminuer avec l'âge et empêcher une reprise à 100 %.

- Quel genre d'activité et à quel taux?

Au plan somatique et psychiatrique

Une activité de gestion, d'organisation et de supervision, à un taux de 60% actuellement, et de 80% progressivement une fois le problème assécurologique réglé, avec un suivi psychiatrique et somatique.

13. Quel est votre pronostic?

Au plan de la médecine interne et neurologique

Une stabilité de la situation voire une amélioration des plaintes subjectives une fois le problème assécurologique réglé. Toutefois le haut indice de kinésiophobie (peur du mouvement) assombri le pronostic de reprise avec un score de Tampa se situant actuellement à 62.

Au plan orthopédique

On peut s'attendre à une certaine péjoration à moyen ou à long terme des troubles dégénératifs post fracturaires de la cheville gauche et post entorse de la cheville droite.

Au plan psychiatrique

Le pronostic paraît mitigé en raison d'une diminution progressive des capacités adaptatives.

(.....)

26. Quelles activités (p. ex. soulever/porter ; position du corps/mobilité etc.) indépendamment de l'activité professionnelle exercée avant l'accident, sont-elles aujourd'hui raisonnablement exigibles de M. A.X. _____ ? Pour quelle durée de temps et avec quelle prestation (rendement), en considérant une occupation à plein temps?

Au plan orthopédique

Voir 11 et 12.

Au plan psychiatrique

Dans une activité adaptée aux compétences de l'expertisé, la capacité de travail est de 60% avec un rendement plein. Mieux traités, les troubles psychiques devraient s'améliorer dans les 12 prochains mois et ainsi permettre une capacité de travail de 80%.

Au vu de la diminution progressive des capacités adaptatives et d'apprentissage, qui vont encore se réduire avec l'âge, une capacité de travail entière ne sera probablement pas retrouvée.

Au plan rhumatologique

Cf. limitations fonctionnelles données et CT établies en fonction des types d'activité ci-dessus."

Un arrêt a été rendu le 8 juillet 2014 par la Cour de céans (CASSO AA [...]), rejetant le recours déposé par A.X. _____ contre la décision sur opposition rendue le 16 avril 2010 par M. _____. Cet arrêt fait l'objet d'un recours actuellement pendant au Tribunal fédéral.

Le recourant a requis la fixation d'une audience d'instruction.

Le 3 juin 2015 il a requis son audition personnelle par la Cour.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux

art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à continuer à recevoir une rente entière au lieu d'un trois-quarts de rente dès le 1^{er} décembre 2009.

Pour la période précédant le mois de décembre 2009, 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 la fixation du début du droit à la rente.

Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire, doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. notamment TF 9C_718/2009 du 4 février 2010, consid. 1.2, 8C_104/2009 du 14 décembre 2009, consid. 2 et 8C_180/2009 du 8 décembre 2009, consid. 3).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201), si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impuissance ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 ; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent

une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2 et I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du

médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

5. a) Sur le plan somatique, les experts ont retenu le 28 avril 2011 les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de spondylodiscarthrose dorsolombaire avec lipomatose périurale sans myélopathie ni radiculopathie et sans instabilité, gonarthrose débutante prédominant à droite au compartiment femoro-patellaire et à gauche au compartiment interne et femoro-patellaire, status après fracture comminutive du tibia distal gauche (16.08.2008), osteosynthésée, et après AMO, arthrose secondaire, status après entorse de la cheville droite, arthrose secondaire et neuropathie péronière externe droite par probable contusion (2008).

Dans un travail adapté au rachis et aux membres inférieurs, compte tenu de l'état général du recourant, ils ont estimé que la capacité de travail exigible nulle depuis l'accident jusqu'en août 2009, date de l'expertise du Dr T. _____ devrait pouvoir atteindre dès cette date 75% voire 80% sur le plan somatique, moyennant un reconditionnement au travail sur une année.

Dans leur expertise du 25 mai 2012, ils n'ont pas retenu une capacité de travail différente en se prononçant uniquement sur l'incidence des troubles consécutifs à l'accident du 16 août 2008 sur la capacité de travail.

Il n'y a aucun rapport médical mettant en doute l'appréciation des experts.

b) Sur le plan psychiatrique, les experts ont retenu le 28 avril 2011 le diagnostic de trouble anxieux (intensité moyenne) présent depuis fin 2008, ce trouble entraînant une incapacité de travail de 30%. Dans leur expertise du 25 mai 2012, les experts ont retenu que suite au deuxième accident fin novembre 2011, le recourant présente une anxiété généralisée et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils ont notamment expliqué qu'en 2011, le trouble anxieux d'intensité moyenne entraînait comme limitations une vulnérabilité au stress, un seuil anxiogène abaissé, des conduites d'évitement, une fatigabilité avec diminution de l'attention et de la concentration et que fin novembre 2011, le recourant avait été victime d'un accident certes mineur mais qui vu le contexte déjà fragile, avait contribué à augmenter l'anxiété préexistante, le trouble anxieux jusqu'alors d'intensité moyenne se traduisant alors par une anxiété généralisée, co-morbidité psychiatrique d'acuité importante. Les experts ont dès lors retenu une incapacité de travail de 40% depuis ce second accident. Ils ont en outre retenu un trouble somatoforme. Certes, le Dr Z._____ avait retenu une incapacité de travail nettement supérieure jusqu'en août 2012. Toutefois, son appréciation est insuffisamment motivée. Dans son rapport du 17 novembre 2011, il indique d'ailleurs que son estimation repose sur les plaintes du recourant. Il ne saurait dès lors être suivi.

c) En définitive, ces expertises comprennent une anamnèse, font état des plaintes du recourant, sont exemptes de contradictions et relèvent d'une étude approfondie du cas de celui-ci. Leurs conclusions, bien motivées, ne sont pas mises en doute par d'autres rapports médicaux. Elles ont ainsi valeur probante.

Force est dès lors de retenir une capacité de travail dans une activité adaptée augmentée à 70% depuis août 2009 et à 60% depuis fin novembre 2011. L'état de santé du recourant s'est ainsi amélioré.

6. a) A teneur de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute

vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Tel n'est en principe pas le cas si l'assuré ne subit pas, même en l'absence d'une telle mesure de reclassement, une diminution de sa capacité de gain de l'ordre de 20% au moins (ATF 124 V 108 consid. 2b). Par reclassement, il faut entendre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence ne se rapporte pas tant au niveau de formation qu'à la possibilité de gain qu'on peut attendre d'un reclassement. En principe l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires et appropriées au but de la réadaptation, mais pas aux mesures les meilleures possible d'après les circonstances du cas (ATF 124 V 108 et les références citées, en particulier ATF 122 V 79, 121 V 260, 118 V 212, 110 V 102).

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et ATF 124 V 108 consid. 2b précité ; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008, consid. 2.2 et 8C_36/2009 du 15 avril 2009, consid. 4).

Pour déterminer si une mesure de réadaptation est de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer la capacité de gain de l'assuré (art. 8 al. 1 LAI), il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et 110 V 102). Des mesures d'ordre professionnel ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 95/2007 du 15 février 2008, consid. 4.3, I 938/2006 du 29 octobre 2007, consid. 4.1 et I 170/2006 du 16 février 2007, consid. 3.2). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_386/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 2.4 et 9C_420/2009 du 24 novembre 2009, consid. 5.4 ; TFA I 268/2003 du 4 mai 2004, consid. 2.2 ; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références citées).

Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/2006 du 13 juin 2007, consid. 3.2 ; TFA I 370/1998 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111).

Selon l'art. 21 al. 4 LPGA (voir également l'art. 7b al. 1 LAI), les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain ; une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée.

Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite ; une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (ATF 134 V 189 consid. 2.3 ; TF 8C_525/2009 du 18 mai 2010, consid. 3.2.1 et I 552/2006 du 13 juin 2007, consid. 4.1 ; TFA I 605/2004 du 11 janvier 2005, consid. 2 et les références citées, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Ainsi, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle entrant en considération concrètement) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (TF 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2).

b) aa) En l'espèce, des mesures professionnelles ont été octroyées au recourant sous la forme d'une formation de conseiller en placement, un stage ayant eu lieu dans la société [...]. Le recourant a

certes suivi un cours d'informatique de base mais cette société a relevé dans son dernier rapport qu'il était important qu'il puisse améliorer ses connaissances et compétences informatiques. S'agissant des autres prestations du recourant [...] a relevé qu'il donnait entière satisfaction, était à l'aise dans le contact téléphonique, que grâce à son expérience de chef d'entreprise il savait comment parler à ses interlocuteurs, était persuasif, habile négociateur et efficace dans l'évaluation de la personne à coacher. Elle a également mentionné que le recourant travaillait avec assiduité mais qu'il se fatiguait énormément et ne pourrait pas faire plus d'heures car après un effort intense, il était complètement exténué psychiquement et physiquement. Le recourant a effectué ce stage à 20 - 25% depuis fin mai 2011 avec l'accord de l'OAI quant à ce taux dans l'attente d'un avis du SMR.

Après qu'il a été expliqué au recourant le 24 novembre 2011 qu'il devait augmenter son taux de présence à 70% compte tenu de l'avis des médecins du SMR, l'OAI lui a adressé une première lettre de sommation le 5 décembre 2011, l'avertissant qu'en cas de refus d'augmenter son taux, il serait mis fin à la réadaptation professionnelle, le taux d'invalidité étant évalué de manière théorique, en tenant compte d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. L'OAI lui a adressé une nouvelle sommation le 30 avril 2012, en l'avertissant qu'en cas de diminution du taux de présence de 70% ou d'absence injustifiée, la mesure professionnelle et par conséquent le versement des indemnités journalières seraient en principe interrompus et son taux d'invalidité évalué sur la base des éléments actuels en sa possession, soit une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée.

A aucun moment, l'OAI n'a averti le recourant que dans un tel cas le revenu avec invalidité serait calculé exclusivement en fonction du salaire d'un conseiller en placement de personnel.

bb) Dans sa lettre du 16 juin 2014 au recourant, l'OAI écrit que celui-ci pouvait déjà prétendre à un poste de conseiller en placement avant les mesures professionnelles mises en place.

Le recourant est titulaire d'un CFC de cuisinier. Il n'avait aucune connaissance en informatique. Il a certes dirigé des restaurants et a un réseau professionnel. De ce seul fait, on ne saurait considérer avec l'OAI qu'il pouvait à ce moment-là prétendre à un poste de conseiller en placement de personnel. Ce n'est d'ailleurs pas ce qu'a considéré le service de réadaptation de l'OAI à l'époque puisque c'est en se fondant sur ses préavis que l'OAI a octroyé au recourant un cours informatique de base, puis le 6 juillet 2010 un premier stage chez [...], les stages s'étant poursuivis dans cette société jusqu'à fin mars 2012 non pas parce que l'OAI a estimé que la formation du recourant était complète mais parce que [...] n'avait plus suffisamment de travail pour le recourant à cette date. Le service de réadaptation de l'OAI a d'ailleurs estimé que le recourant devait encore effectuer un stage ailleurs. Le service de placement de cet office estimait également nécessaire un tel stage avant d'essayer de placer le recourant, raison pour laquelle contact a été pris avec l'OSEO (Œuvre suisse d'entraide ouvrière). Ce n'est qu'en juillet 2013, soit plus de trois ans après l'octroi du premier stage et lorsque celui prévu à l'OSEO n'a pas été possible que le service de réadaptation déclare tout à coup estimer dans son rapport final du 16 juillet 2013 que le recourant pouvait trouver un emploi dans le domaine de conseiller en placement de personnel au vu de sa longue expérience professionnelle dans le domaine de la restauration et de son réseau professionnel. Un tel revirement n'est pas fondé.

Il apparaît au contraire que non seulement le recourant n'avait pas la formation d'un conseiller en placement de personnel avant l'octroi des mesures professionnelles mais qu'il ne l'avait pas encore complètement acquise lorsqu'il y a été mis un terme.

Dans ces conditions, l'OAI ne pouvait retenir le salaire d'un conseiller en placement pour évaluer le revenu avec invalidité.

7. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec

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

a) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010, consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009, consid. 3.1 et I 1034/2006 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1).

En l'espèce, en 2009, le revenu initial sans invalidité du recourant a été évalué à 153'821 fr. par les spécialistes de l'OAI. Il se compose de 113'870 fr. en 2005 indexé en 2009, soit 122'101 francs. Ce montant a été confirmé par [...] dans son expertise du 30 juin 2010 en p. 6. A ce montant, les spécialistes ont ajouté une part traiteur calculée à 31'720 francs. Les explications à ce propos figurant dans les rapports d'enquête économique sont complètes et convaincantes et il n'y a dès lors pas lieu de s'en écarter. Il en va de même du montant total de revenus en 2013 qui s'élève à 156'847 francs.

b) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence, comme en l'espèce,

d'un revenu effectivement réalisé et sans qu'une formation dans une nouvelle profession n'ait été acquise, le revenu d'invalidé doit être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007, consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

En l'occurrence, compte tenu des qualifications du recourant, qui, sans être titulaire d'un diplôme d'une haute école, a des connaissances étendues dans le domaine de la restauration, il apparaît adéquat de retenir comme salaire de référence, celui auquel peuvent prétendre les hommes ayant des connaissances professionnelles spécialisées dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, 5'789 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA 1 niveau de qualification 3). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; La Vie économique, 6-2011, p. 94, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 6'020 fr. 56 (5'789 fr. x 41,6 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 72'246 fr. 72, soit après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (2009 : 2.1% ; La Vie économique, 10-2011, p. 99, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 73'763 fr. 90. La capacité de travail étant de 70% en 2009 (cf. consid. 5c supra), le revenu annuel est dès lors de 51'634 fr. 73.

Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'une réduction qui 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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum 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). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées; voir également TFA I 848/2005 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3).

Compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant et de son âge un taux d'abattement de 15% se justifie. Le revenu avec invalidité est dès lors de 43'889 fr. 52.

c) Après comparaison des revenus, le taux d'invalidité en 2009 est de 71.47% ($[(153'821 \text{ fr.} - 43'889 \text{ fr.} 52) \times 100] / 153'821 \text{ fr.}$).

L'état de santé du recourant s'étant aggravé depuis fin novembre 2011, sa capacité de travail étant réduite à 60%, la perte de gain a augmenté en proportion.

Ainsi, le salaire avec invalidité fondé sur l'ESS 2010 TA1, niveau 3 indexé en 2013 (2011 : 1%, 2012 : 0.8% et 2013 : 0.7% ; La Vie économique, 9-2014, p. 85, tableau B 10.2), compte tenu d'un nombre d'heures hebdomadaires de 41,7 heures (La Vie économique, 9-2014, p. 84, tableau B 9.2) s'élève à 75'784 fr. 90 dont le 60% est égal à 45'470 fr. 94. Après un abattement de 15%, le revenu avec invalidité est de 38'650 fr. 30.

Après comparaison des revenus, le taux d'invalidité en 2013 est de 75.36% ($[(156'847 \text{ fr.} - 38'650 \text{ fr.} 30) \times 100] / 156'847 \text{ fr.}$).

En conséquence, le recourant continue à avoir droit à une rente entière dès le 1^{er} décembre 2009 (cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Conformément au principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente, il n'existe pas de droit à la rente tant que sont mises en

oeuvre des mesures de réadaptation qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur la capacité de gain de la personne assurée et sur le droit à la rente de celle-ci (Valterio Michel, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI): commentaire thématique, Genève 2011, n. 1896 p. 507; ATF 126 V 241 consid. 5). C'est ainsi à juste titre que l'OAI a suspendu la rente du 1^{er} avril 2010 au 30 juin 2013, période pendant laquelle le recourant a bénéficié d'indemnités journalières ininterrompues. Dès le 1^{er} juillet 2013, la rente entière est réintroduite.

d) Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît dès lors inutile et les requêtes du recourant en ce sens doivent être rejetées (ATF 134 I 140 consid. 5.3; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.2.1 et les références). Enfin l'occasion de s'exprimer a été donnée à plusieurs reprises au recourant de sorte qu'une nouvelle audition de celui-ci par la Cour est superflue.

8. En conclusion, le recours doit être admis et les décisions rendues le 17 septembre 2014 réformées en ce sens que le recourant continue à avoir droit à une rente d'invalidité entière après le 30 novembre 2009, la rente étant suspendue du 1^{er} avril 2010 au 30 juin 2013, puis à la rente entière dès le 1^{er} juillet 2013. Les décisions attaquées sont maintenues pour le surplus.

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

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., au regard de l'importance et de la complexité du litige, et de les mettre à la charge de l'OAI.

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

- I. Le recours est admis.

- II. Les décisions rendues le 17 septembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées en ce sens que cet office continuera à verser à A.X. _____ une rente entière après le 30 novembre 2009, la rente étant suspendue du 1^{er} avril 2010 au 30 juin 2013, puis une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} juillet 2013. Elles sont maintenues pour le surplus.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A.X. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- IV. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jacques Micheli (pour A.X. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :