

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 janvier 2013

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud, assesseurs  
Greffière     :       Mme     Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.V.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** A.V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, titulaire d'un CFC de cuisinier et d'un CFC de sommelier, a été victime d'un accident de moto le 12 août 1997, à l'occasion duquel il a subi des fractures des 2<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> métatarsiens. Le cas a été pris en charge par l'assureur-accidents, la Caisse H.\_\_\_\_\_, qui a versé des indemnités journalières entières du 15 août au 9 septembre 1997, du 28 mai au 30 juin 2001, du 1<sup>er</sup> juillet au 30 septembre 2001, du 31 mars au 13 avril 2003, et du 26 juin au 31 juillet 2005.

Le 4 janvier 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à un reclassement dans une nouvelle profession, en expliquant avoir subi trois opérations du pied gauche après son accident de moto de 1997.

Selon le questionnaire pour l'employeur du 30 mars 2005, l'assuré était engagé comme chef cuisinier auprès du restaurant W.\_\_\_\_\_ à [...] depuis le 1<sup>er</sup> mars 2002 à 100 % et percevait à ce titre en 2004 un salaire mensuel de 4'700 fr., servi 13 fois. L'employeur précisait que sans atteinte à la santé, le salaire serait de 5'325 fr. par mois.

Dans son rapport médical du 8 juillet 2005 à l'assureur-accidents, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic définitif d'arthrose post-traumatique du pied gauche, précisant que le patient avait été hospitalisé du 27 juin au 4 juillet 2005 et avait subi une arthrodèse sous-astragalienne et médiotarsienne du pied gauche avec greffe iliaque.

Dans son rapport médical à l'OAI du 13 juillet 2005, le Dr R.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status après arthrodèse de l'arrière du pied gauche existant depuis 1997 et de troubles statiques sévères des avant-pieds, précisant que dans la mesure où le patient venait d'être

opéré, il faudrait attendre six mois avant de connaître le résultat de l'intervention.

Le 16 janvier 2006, l'assureur-accidents a informé l'OAI que l'assuré ne pourrait plus, à moyen terme, exercer sa profession de cuisinier et que son incapacité de travail de 50 % perdurait. Il l'invitait dès lors à examiner le droit à des mesures de réadaptation.

Interpellé par l'OAI le 16 janvier 2006, l'assuré lui a fait savoir qu'il avait repris une activité professionnelle à 50 % depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2005 auprès du restaurant W.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 14 février 2006 à l'OAI, le Dr R.\_\_\_\_\_ a noté que l'évolution restait difficile, d'autant que l'assuré avait désormais également des douleurs sous l'avant-pied droit où il présentait un hallux valgus. Pour ce médecin, la question d'un reclassement professionnel se posait de plus en plus. Le 11 mars 2006, le Dr R.\_\_\_\_\_ a encore précisé que l'arthrodèse était actuellement consolidée et que le patient travaillait à 50 %, sans pouvoir augmenter cette capacité de travail compte tenu de douleurs. Pour le Dr R.\_\_\_\_\_, le métier de cuisinier serait probablement difficile à assumer, une reconversion professionnelle lui semblant dès lors judicieuse.

Le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a expertisé l'assuré pour le compte de l'assureur-accidents. Dans son rapport d'expertise du 11 juillet 2006 faisant suite à un examen de l'assuré du 27 juin 2006, le Dr C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status après contusion du pied gauche et fracture sous-capitale du 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> métatarsiens le 12 août 1997, de status après ostéotomie de correction de l'hallux valgus gauche courant 2000, de status après réinsertion du jambier postérieur, ostéotomie de varisation et transplantation plantaire du calcanéum gauche effectuées le 28 mai 2001, de status après ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) du pied gauche le 31 mars 2003, de status après arthrodèse sous-astragaliennne et médio-tarsienne du pied gauche effectuée le 27 juin 2005, de suspicion de

pseudarthrose scapho-astragaliennne gauche faisant suite à l'arthrodèse du 27 juin 2005, de récurrence de l'hallux valgus gauche et d'important hallux valgus droit, et de pieds plats. Il a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dans sa profession de cuisinier, précisant que l'atteinte à l'intégrité et l'invalidité actuelles étaient en rapport avec l'état maladif préexistant.

Sur requête de l'OAI, le Dr R. \_\_\_\_\_ lui a fait savoir le 13 juillet 2006 que l'assuré travaillait actuellement à 50 % comme cuisinier.

A la demande de l'OAI, l'employeur de l'assuré lui a indiqué que ce dernier était entré dans l'entreprise le 1<sup>er</sup> mars 2002, qu'il avait été arrêté à 100 % du 31 mars au 13 avril 2003, du 27 juin au 31 octobre 2005, et à 50 % depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2005. La prochaine opération était prévue du 4 au 12 décembre 2006, avec un arrêt de travail à 100 %. Il était prévu que l'assuré recommence à travailler à 50 % le 13 décembre 2006.

Par décision du 17 novembre 2006, l'assureur-accidents a estimé, sur la base de l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_, que la capacité de travail était de 50 % comme cuisinier, et entière dans une activité adaptée, avec une diminution de la capacité de gain de 2.44 % n'ouvrant pas le droit à la rente d'invalidité. Le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % lui était par ailleurs reconnu.

Dans son rapport d'examen du 11 janvier 2007, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a retenu une incapacité de travail de 100 % du 27 juin au 31 octobre 2005, puis de 50 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2005, la capacité de travail étant de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (privilégier une position assise, éviter les longs déplacements).

Le dossier de l'assuré a été transmis à la division de réadaptation professionnelle de l'OAI. Par communication du 19 juin 2007,

le droit à des indemnités journalières durant le délai d'attente, soit du 4 juin 2007 au début des mesures professionnelles, lui a été reconnu.

Sur requête de l'OAI, le restaurant W. \_\_\_\_\_ lui a fait savoir le 18 septembre 2007 que l'assuré aurait touché en 2007 un salaire hypothétique mensuel brut de 5'325 fr. à plein temps.

Selon la fiche d'entretien du 4 octobre 2007, l'assuré travaillait depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 à 50 % auprès du restaurant W. \_\_\_\_\_ pour un salaire mensuel brut de 2'350 fr., 13<sup>ème</sup> salaire et vacances compris.

Par communication du 11 octobre 2007, l'assuré a été informé que l'OAI prendrait en charge les frais d'une orientation professionnelle auprès du Centre Orif pour une durée de trois mois.

Le 28 février 2008, l'OAI a octroyé des mesures professionnelles à l'assuré, en prenant en charge la préparation à l'attestation fédérale d'assistant de bureau, option comptabilité, auprès du Centre Orif à [...], du 25 février au 31 juillet 2008.

Le 21 avril 2008, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à des indemnités journalières durant le délai d'attente, du 1<sup>er</sup> novembre 2005 au 3 juin 2007.

Par communication du 30 juin 2008, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge d'une formation d'assistant de bureau, option comptabilité, du 1<sup>er</sup> août 2008 au 31 juillet 2010 auprès du Centre Orif. Durant cette période, l'assuré a bénéficié d'indemnités journalières de l'AI.

Par certificat médical du 30 octobre 2008, le Dr R. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis 2001 et qu'il l'avait opéré la dernière fois le 16 juillet 2008 du pied droit. L'évolution était à ce niveau très satisfaisante désormais, mais se péjorait au niveau du rachis lombaire (canal étroit congénital), générant des douleurs de type neurologique limitant le périmètre de marche à quelques centaines de mètres. Le

Dr R. \_\_\_\_\_ était dès lors d'avis que le patient devait utiliser son véhicule automobile et non les transports publics.

Selon le rapport d'IRM lombaire du 12 décembre 2008, il n'y avait pas de canal lombaire significatif, mais une discarthrose L4-L5 du côté droit, une arthrose interfacettaire postérieure L4-L5 droite et un phénomène de Baastrup L3-L4, tous à caractère inflammatoire. La découverte fortuite d'un probable petit schwannome versus neurofibrome de la racine L5 gauche, dans le sac dural, était mentionnée.

Selon une note téléphonique entre l'OAI et l'Orif du 13 février 2009, l'assuré était en incapacité de travail à 40 % depuis le 5 février 2009 en raison de douleurs dorsales. Le certificat médical établi le 5 février 2009 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a confirmé une incapacité de travail de 40 %. Le même jour, ce médecin a établi un rapport médical dans lequel il a posé les diagnostics de lombosciatalgies gauches, de status post-multiples opérations au pied gauche et de canal lombaire étroit pluri-étagé.

Selon le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 17 février 2009, les conclusions suivantes étaient posées :

"Troubles dégénératifs et discarthropathies pluri-étagées de la colonne lombaire. Canal lombaire étroit en L3-L4 et surtout en L4-L5, avec des surfaces de 0.7 cm<sup>2</sup> et 0.4 cm<sup>2</sup> respectivement. Arthrose facettaire postérieure à caractère inflammatoire L4-L5 bilatérale, à prédominance droite, ainsi que inter-apophysaire épineuse de L2 à L5, prédominant en L3-L4, dans le cadre d'une maladie de Baastrup. Diminution de la prise de contraste de la racine L5 gauche, d'origine indéterminée ; l'hypothèse d'un schwannome versus un neurofibrome évoquée lors de l'IRM lombaire du 12.12.08 paraît peu probable au vu de la diminution de la prise de contraste."

Le rapport d'IRM lombaire flexion extension réalisé le 18 mars 2009 avait la teneur suivante :

"Troubles dégénératifs et disco-arthropathies pluri-étagées de grade léger. Les corps vertébraux sont bien alignés sans évidence de spondylolyse."

Il n'y a pas de signe radiologique de spondylo-discite.  
Les plateaux vertébraux démontrent des contours corticaux nets.  
Si la suspicion clinique persistait, un complément d'investigation par IRM lombaire serait recommandé."

L'assuré a été opéré le 15 juin 2009.

Selon le rapport médical du 25 août 2009 du Dr Q. \_\_\_\_\_ au Dr R. \_\_\_\_\_, les diagnostics étaient un status 3 mois post-décompression minimale invasive gauche L3-L4 et L4-L5 et un status post-multiples opérations au pied gauche sur lésions traumatiques en 1990. Selon le Dr Q. \_\_\_\_\_, l'assuré était ravi du geste chirurgical car il n'avait plus de radiculalgies gauches. Il avait encore des lombalgies et gardait des symptômes au niveau du pied. De la physiothérapie lui était prescrite. La capacité de travail était de 60 %.

Par certificat médical du 23 novembre 2009, le Dr T. \_\_\_\_\_ a arrêté la capacité de travail de l'assuré à 50 % depuis le 23 novembre 2009.

Dans une lettre à l'OAI du 1<sup>er</sup> décembre 2009, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a relevé que s'agissant de la pathologie lombaire pure, une amélioration avait été obtenue, avec disparition des sciatalgies gauches. L'assuré avait pourtant encore des lombalgies, mais son état s'était stabilisé. Ce médecin notait que le cas de l'assuré était complexe vu ses multiples comorbidités et qu'il peinait à rester longtemps assis.

Le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, a certifié une incapacité de travail totale de l'assuré du 2 au 8 décembre 2009.

Le 13 janvier 2010, le Dr R. \_\_\_\_\_ a adressé un rapport médical à l'OAI à teneur duquel il a expliqué qu'au niveau des pathologies du pied, la situation s'était stabilisée.

Par courrier à l'OAI du 25 février 2010, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il ne pouvait se prononcer avec précision sur le taux d'incapacité de travail de l'assuré comme employé de bureau. Il a à

nouveau observé qu'un employé de bureau devait rester longtemps assis et que l'assuré présentait des lombalgies, constatant néanmoins qu'une amélioration de l'état de santé avait eu lieu vers fin août 2009.

Par avis médical du 7 avril 2010, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR a proposé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique au SMR. Selon le compte-rendu d'entretien téléphonique du 8 avril 2010 entre le Dr G. \_\_\_\_\_ et le Dr T. \_\_\_\_\_, ce dernier s'était surtout basé sur les plaintes de son patient pour rédiger le certificat médical du 23 novembre 2009. Depuis lors, il ne l'avait plus revu, sinon pour un tout autre problème. Il ne pouvait dès lors pas se prononcer sur l'évolution.

Par avis médical du 14 avril 2010, le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que si l'assuré pouvait alterner les positions assise et debout au moins deux fois par heure, l'activité de bureau était adaptée, puisqu'il n'y avait pas de port de charges lourde ni de porte-à-faux, la capacité de travail étant entière.

L'assuré a subi un examen clinique rhumatologique au SMR le 27 avril 2010. Dans son rapport du 20 mai 2010, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec raccourcissement du membre inférieur droit de 2.5 cm, status après décompression minimale invasive gauche L3-L4 et L4-L5 pour canal lombaire étroit, ainsi qu'avec séquelles de maladie de Scheuermann (M 54.4), de douleurs du pied gauche dans le cadre de troubles statiques des pieds avec status après lésion traumatique du pied gauche et status après plusieurs opérations du pied gauche dont la dernière sous forme d'une arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne gauche suivie d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse, et de cervicodorsalgies dans le cadre de troubles statiques du rachis (M 54). Sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a retenu un status après cure d'hallux valgus droit, une obésité et un diabète débutant anamnestique. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a pour le surplus retenu ce qui suit :

#### "Appréciation du cas

Depuis fin 2007, l'assuré a noté l'apparition de lombalgies irradiant à la face postérieure du membre inférieur G jusqu'à la cheville. Le 15.06.2009, il a bénéficié d'une décompression minimale invasive L3-L4 et L4-L5 pour canal lombaire étroit. Suite à cette opération, la sciatalgie G s'est améliorée et l'assuré a pu mieux mobiliser son membre inférieur G. Les douleurs lombaires ne se sont par contre que peu améliorées. Il faut encore noter que l'assuré a eu un accident de moto avec chute en août 1997 qui a entraîné des fractures sous-capitales des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> métatarsiens G. Suite à ce traumatisme, l'assuré a bénéficié de nombreuses opérations du pied G, dont la dernière a consisté en une arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne du pied G en juin 2005. En décembre 2006, l'assuré a eu une ablation du matériel d'ostéosynthèse. L'assuré se plaint cependant toujours de douleurs de la face externe du pied G avec crampes et crispations du pied G pendant la nuit. Le pied G peut également être tuméfié surtout en fin de journée. L'assuré ne se plaint par contre pas de douleurs au pied D. Il a cependant été opéré le 16.07.2008 d'un hallux valgus D. Actuellement, l'assuré est autant gêné par ses lombosciatalgies G que par ses douleurs du pied G. Ces douleurs ont un caractère essentiellement mécanique.

Au status ostéoarticulaire, on note une bascule du bassin sur la D sur raccourcissement du membre inférieur D d'environ 2.5 cm. Il existe également une déviation scoliotique lombaire D et dorsale G. La mobilité lombaire est satisfaisante. On note des douleurs à la palpation des apophyses épineuses L3 à S1 et des deux crêtes iliaques. La mobilité cervicale est bien conservée. Il n'y a pas de signes de non organicité selon Waddel. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée mis à part la tibio-astragalienne G qui est limitée et la sous-astragalienne G et la médio-tarsienne G qui sont bloquées par l'arthrodèse chirurgicale. On note par ailleurs des pieds plats avec un status après cure d'hallux valgus bilatéral satisfaisant. Il n'y a pas de douleurs à la palpation des pieds ou des chevilles ddc. Il n'y a pas de signes pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Le status neurologique est sp, mis à part une aréflexie rotulienne G et une hypoesthésie de la face interne de la cheville G en relation avec une cicatrice opératoire.

Au status général, on note un assuré obèse avec un BMI à 38. Il est hypertendu à 140/110mmHg (valeurs tensionnelles à reconstrôler chez le médecin-traitant). Il présente également des oedèmes des membres inférieurs jusqu'à mi-jambes prenant le godet.

Les examens radiologiques à notre disposition confirment la présence d'un status après fractures des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> métatarsiens G consolidées. Un Ct-scan du pied G du 05.09.2006 montre une fusion complète sous-astragalienne. La calcanéocuboïdienne est également fusionnée. Dans l'astragaloscaphoïdienne, l'interligne est encore partiellement visible, mais une ossification partielle est intervenue. Dans cette situation, le Dr R. \_\_\_\_\_ a pratiqué une ablation du matériel d'ostéosynthèse sans regreffer l'astragaloscaphoïdienne en raison de l'absence de nécessité de faire une nouvelle greffe à ce niveau.

Les examens radiologiques lombaires pré-opératoires mettent en évidence des troubles statiques du rachis avec bascule du bassin sur la droite sur raccourcissement du membre inférieur D d'environ 2.5 cm ainsi que des troubles dégénératifs avec canal lombaire étroit et

séquelles de maladie de Scheuermann. Le status radiologique post-opératoire est satisfaisant sans signe de complication. Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité de cuisinier. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité d'assistant de bureau avec option en comptabilité, l'incapacité de travail est de tout au plus 20 % en raison d'une baisse de rendement liée à la nécessité de changer de position. Nous nous éloignons ainsi de l'évaluation faite par le Dr T. \_\_\_\_\_ qui atteste une incapacité de travail de 50 % dans l'activité d'assistant de bureau, sans en donner réellement les raisons. Effectivement, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une telle incapacité de travail dans une activité adaptée comme celle d'assistant de bureau avec option en comptabilité. D'ailleurs, la mobilité lombaire et cervicale est bien conservée et l'assuré n'a pas besoin de rester longtemps debout dans cette activité professionnelle.

#### *Limitations fonctionnelles*

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations.

Membres inférieurs : pas de marche ou de position debout de plus de 10 minutes. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de franchissement d'échelles ou d'escabeaux.

*Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?*  
Depuis le 27.06.2005.

*Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*  
Dans l'activité de cuisinier, il y a une incapacité de travail complète du 27.06.2005 au 31.10.2005, de 50 % depuis le 01.11.2005 et de 100 % dès le 05.02.2009. Par contre, dans l'activité d'aide de bureau, l'incapacité de travail est de 40 % depuis le 05.02.2009, complète depuis le 15.06.2009, de 50 % depuis septembre 2009 et de 20 % depuis janvier 2010, soit 6 mois après l'opération lombaire. Effectivement, cette activité professionnelle d'assistant de bureau avec option en comptabilité est tout à fait adaptée à la pathologie ostéoarticulaire et on ne retient qu'une baisse de rendement de 20 % en relation avec la nécessité de changer de position.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle :	0 % comme cuisinier 80 % comme assistant de bureau avec option en comptabilité
Dans une activité adaptée :	80 % depuis le 01.01.2010. A traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation."

Par avis médical du 27 mai 2010, le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que la capacité de travail comme cuisinier avait été de 50 % du 1<sup>er</sup>

novembre 2005 au 4 février 2009, puis de 0 % depuis le 5 février 2009 ; quant à la capacité de travail dans l'activité d'assistant de bureau, elle était entière du 1<sup>er</sup> novembre 2005 au 4 février 2009, de 60 % du 5 février au 14 juin 2009, nulle du 15 juin au 31 août 2009, de 50 % du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2009, et de 80 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010 (ce qui correspondait à une diminution de rendement de 20 % pour permettre les alternances de position).

L'Orif a adressé son rapport de synthèse le 6 juillet 2010 à l'OAI. L'assuré avait réussi ses examens d'APF d'assistant de bureau et obtenu son certificat Orif d'aide-comptable en juin 2010. Il était proposé que l'assuré puisse bénéficier d'un stage en entreprise afin de consolider les aspects pratiques du métier d'aide-comptable.

Lors d'un entretien téléphonique du 20 août 2010 avec l'OAI, l'assuré a indiqué qu'il n'avait rien entrepris de concret quant à la poursuite de sa formation. Il s'était inscrit au chômage depuis août et contestait la capacité de travail définie par le SMR de 100 % dans une activité adaptée avec baisse de rendement de 20 %. Le même jour, l'OAI s'est adressé à l'assuré, désormais représenté par l'avocat Jean-Michel Duc, afin de lui faire savoir que sa formation d'employé de bureau, option comptabilité, complétait idéalement ses certifications dans le domaine de l'hôtellerie et de la restauration et lui permettait de prétendre à des postes adaptés à son état de santé tels que notamment : acheteur HORECA et Food pour la grande distribution et le commerce de détail, représentant HORECA par exemple, Hoswald, Thiriet, ..., conseiller en personnel HORECA, chef d'équipe restauration de collectivité (planification du personnel, engagements des extras, conception des menus, planification des achats, budgets, ...). L'OAI rappelait qu'il avait demandé à l'assuré lors de l'entretien du 21 juillet 2010 de contacter des professionnels du domaine HORECA. Or à ce jour, les informations demandées n'avaient pas été fournies. Un délai au 17 septembre 2010 lui était dès lors imparti pour réunir les éléments requis.

Selon une fiche d'entretien téléphonique du 25 août 2010, l'assuré s'était présenté en nage à [...], en adoptant une tenue et un comportement pas compatibles avec une démarche de réseautage. Il avait déclaré ne pas savoir ce qu'on l'envoyait faire ici et ne pouvoir de toute façon pas travailler à plus de 50 %.

Un délai supplémentaire au 18 octobre 2010 a été accordé à l'assuré pour communiquer à l'OAI les informations requises le 20 août 2010.

Selon un entretien téléphonique du 28 septembre 2010, l'assuré s'était plaint que la caisse de chômage ne le payait pas. Son médecin traitant arguait qu'il ne l'avait plus vu depuis 6 ans et ne voulait pas lui délivrer de certificat.

L'assuré ayant à nouveau demandé un délai pour fournir les informations requises le 20 août 2010, l'OAI lui a imparti un dernier délai au 18 novembre 2010 à cet effet, en précisant qu'à défaut de réponse à cette date, il prendrait sa décision sur la base du dossier en l'état.

Le 5 novembre 2010, l'assuré, par son conseil, a produit une fiche de recherche d'emploi du mois d'octobre 2010 et deux lettres de postulation.

Selon un rapport d'évaluation de la société [...] Sàrl du 13 décembre 2010, l'assuré ne possédait pas les pré-requis techniques suffisants pour le poste d'aide-comptable, en raison d'un niveau insuffisant en français et en comptabilité.

Selon un rapport du 18 janvier 2011 de l'OAI, l'assuré ne fournissait pas les informations demandées et ne semblait pas s'investir dans son avenir professionnel. L'assuré reconnaissait qu'il n'était pas assez proactif. Cette impression de passivité était partagée par le conseiller ORP de l'intéressé, qui précisait que ce dernier allait commencer un cours de français niveau B2 pour se mettre à jour.

Par communication du 4 mars 2011, l'OAI a reconnu à l'assuré un droit au placement.

Le 21 décembre 2011, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision tendant au rejet de la demande de rente d'invalidité présentée, en retenant ce qui suit :

"Résultat de nos constatations

Vous exercez l'activité de chef de cuisine à 100 %.

Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 27 juin 2005. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

En raison de votre état de santé et selon les renseignements médicaux en notre possession, il s'avère que votre capacité de travail est de 50 % dans votre activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2011, mais entière, à cette même date, dans une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : privilégier une position assise et éviter les longs déplacements.

Par conséquent, vous avez effectué un stage d'évaluation de trois mois à l'AIP de l'Orif de [...] qui a débouché sur une formation professionnelle d'assistant de bureau option comptabilité. Vous avez obtenu le certificat fédéral avec succès.

Selon les renseignements en notre possession, votre état de santé s'est aggravé le 5 février 2009 et avez présenté les incapacités de travail suivantes :

- 40 % du 5 février 2009 au 14 juin 2009
- 100 % du 15 juin 2009 au 31 août 2009
- 50 % du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 31 décembre 2009
- 80 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, votre capacité de travail est entière avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : pas de long déplacement, ni de position debout plus de 10 minutes, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Vous vous êtes inscrit à l'ORP et parallèlement, nous vous avons demandé de procéder à des démarches en vue de compléter votre formation pratique avec un stage ou un complément le cas échéant, voire une mesure par le biais de l'aide au placement.

Vous n'avez entamé aucune démarche concrète en vue de trouver un stage et n'avez pas manifesté d'intérêt pour les autres propositions malgré nos différents courriers.

Vous bénéficiez actuellement du soutien de l'un des coordinateurs emploi de notre service de placement afin de trouver un emploi adapté à votre situation.

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé, soit CHF 68'517.00 pour l'année 2010, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée.

Par votre formation administrative et sur la base de vos compétences dans le monde de l'hôtellerie, de la Restauration et des Cafés (HORECA) considérant que votre attestation de formation professionnelle vous permet de justifier de compétences administratives nécessaires à la pratique des professions suivantes :

- représentant HORECA (alimentaire, commerce de boissons)
- acheteur HORECA, grande distribution & commerce de détail
- conseiller personnel HORECA
- chef d'équipe restauration de collectivité

Les salaires dans ces professions varient selon l'expérience et le type d'emploi, mais selon les informations que nous avons récoltées et considérant les diplômes et votre expérience, vous pourriez prétendre pour les postes évoqués ci-dessus aux salaires selon barème niveau D de la société des employés de commerce (SEC)

classe d'âge de 46 ans, soit en 2010, un salaire minimum de 81'000.00.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %, le salaire hypothétique d'invalidé que vous pourriez prétendre est dès lors de CHF 64'800, pour l'année 2010.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF 68'517.00	
avec invalidité	CHF 64'800.00	
La perte de gain s'élève à	CHF 3'707.00	= un degré d'invalidité de 5.4 %

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

Le 20 janvier 2012, l'OAI a imparti un délai à l'assuré pour lui faire parvenir au minimum ses cinq dernières recherches d'emploi dans des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles, faute de quoi il mettrait un terme à l'aide au placement.

Le 27 janvier 2012, l'assuré, par son conseil, a fait valoir ses objections au projet de décision. En substance, il a expliqué que son incapacité de travail était d'au moins 50 % dans une activité adaptée, qu'il était au chômage et recherchait des emplois dans ce cadre, que son salaire de valide n'était pas de 68'517 fr. en 2010, mais de 72'669 fr., et que son salaire d'invalidé, fondé sur l'ESS, TA1, niveau 3, soit 69'656 fr., représente 22'290 fr. avec une invalidité de 60 % et un rendement de 80 %. Il concluait dès lors à l'octroi de trois-quarts de rente dès le 27 juin 2006 et à l'octroi de mesures de réadaptation appropriées. Le même jour, l'assuré, par son avocat, a contesté la teneur du courrier de l'OAI du 20 janvier 2012, joignant à son envoi une offre d'emploi non datée, ainsi que ses diplômes et certificats de travail.

Le 16 février 2012, l'OAI a fait savoir au conseil de l'assuré qu'il mettait fin à l'aide au placement, faute de collaboration.

Le 6 mars 2012, l'assuré, par son avocat, a adressé à l'OAI un courrier de son conseiller ORP du 10 février 2012 selon lequel il avait fait le maximum de recherches et avait suivi diverses mesures de réinsertion avec un excellent engagement.

Compte tenu de la lettre de l'ORP du 10 février 2012, l'OAI a informé l'assuré le 9 mars 2012 qu'il allait reprendre l'aide au placement, tout en attendant de sa part un réel investissement. Il précisait en outre que ses limitations n'étaient pas de nature à l'empêcher de faire des recherches d'emploi et qu'il disposait d'un niveau de formation largement suffisant pour préparer ses postulations.

Par décision du 6 juin 2012, l'OAI a confirmé le refus de rente, toutefois en prenant en compte un revenu sans invalidité de 74'718 fr., qui conduisait à retenir après comparaison des revenus un degré d'invalidité de 13.27 % ne donnant pas droit à une rente d'invalidité. Un courrier du même jour était joint à la décision.

Le 22 juin 2012, l'OAI a fait savoir à l'assuré, par son conseil, qu'il fermait le mandat d'aide au placement, dans la mesure où aucune collaboration n'avait été effectuée.

**B.** Par acte du 12 juillet 2012, A.V.\_\_\_\_\_, représenté par l'avocat Jean-Michel Duc, a recouru contre la décision du 6 juin 2012 de l'OAI en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> août 2010, ainsi qu'à des mesures de réadaptation. En substance, il fait valoir que le rapport d'expertise rhumatologique fait l'impasse sur les divergences de vue avec le Dr T.\_\_\_\_\_ qui atteste une incapacité de travail à 50 %, si bien qu'il subsiste à ses yeux un doute qui doit être levé. Il estime en outre que l'intimé n'a pas pris en compte l'effet cumulé des limitations fonctionnelles compte tenu de ses deux atteintes, au rachis et aux membres inférieurs, que sa formation n'est pas adéquate dès lors qu'elle n'est pas adaptée à ses compétences, notamment le volet comptable, et qu'elle ne lui permet pas d'obtenir un emploi à haute rémunération, d'une part, et qu'il ne peut pas exercer une activité exigeant d'être assis longtemps, d'autre part. Il en déduit que sa capacité de travail réelle est de 40 %, avec un rendement de 20 %. Le recourant ne conteste plus le salaire de valide retenu, mais estime par contre que son revenu d'invalidé selon les recommandations salariales 2010 de la société suisse des employés de

commerce (SEC) devrait être de 56'960 fr., respectivement 51'528 fr. selon l'ESS TA1 secteur restauration niveau 3, un abattement de 10 % étant justifié. Il en déduit qu'avec un taux d'incapacité de 60 %, une baisse de rendement de 20 %, et un abattement de 10 %, son taux d'invalidité serait de 64.3 % avec le revenu SEC, respectivement de 67.8 % selon l'ESS, si bien qu'il aurait droit à trois-quarts de rente. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise, une audience de jugement et l'audition de témoins. Enfin, le recourant a notamment annexé à son recours les recommandations salariales SEC.

Par décision du 13 juillet 2012 (AJ 66/12), la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 juillet 2012 et a désigné Me Jean-Michel Duc en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 5 septembre 2012, l'intimé propose le rejet du recours.

Dans sa réplique du 27 septembre 2012, le recourant requiert l'audition en qualité de témoin de son fils et la nomination en qualité d'expert de l'institut universitaire romand de santé au travail.

Par duplique du 19 octobre 2012, l'intimé informe n'avoir pas de commentaire à formuler.

**C.** Lors de l'audience de jugement qui s'est tenue le 6 décembre 2012, le mandataire du recourant a confirmé les conclusions qu'il avait prises dans le cadre du recours. Le recourant a lui-même donné quelques explications notamment sur sa situation actuelle. A cette occasion, le témoin B.V.\_\_\_\_\_, né en [...], fils du recourant, a été entendu. Il a notamment fait état des limitations fonctionnelles présentées par son père et a donné son avis par rapport à la formation suivie à l'Orif.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été 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)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser l'octroi d'une rente d'invalidité au recourant, singulièrement sur l'estimation de la capacité de travail à laquelle il a procédé.

Dans la mesure où la décision ne tranche que la question de la rente d'invalidité, la conclusion du recourant tendant à l'octroi de mesures de réadaptation, qui sort du cadre du litige, est irrecevable.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 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.

Selon l'art. 28 LAI, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge s'il y a recours – a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29

juin 2007, consid. 2.3 et les arrêts cités; I 778/05 du 11 janvier 2007, consid. 6.1).

**c)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de 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 trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Le Tribunal fédéral relève en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecins traitants. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/07 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il

faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4).

**4.** Il convient en premier lieu d'évaluer la capacité de travail du recourant.

**a)** Il y a lieu de rappeler dans ce cadre que le Dr R.\_\_\_\_\_ a suivi le recourant pour ses problèmes de pied pendant des années et l'a opéré à plusieurs reprises. S'il a constaté dans un premier temps que l'évolution restait difficile (rapport médical à l'OAI du 14 février 2006), il a ensuite observé que l'évolution au niveau du pied droit était très satisfaisante (certificat médical du 30 octobre 2008). Il a du reste confirmé le 13 janvier 2010 à l'intimé qu'au niveau des pathologies du pied, la situation s'était stabilisée.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a été consulté pour les douleurs du rachis. Il a expliqué que l'intervention de juin 2009 avait permis la suppression des radiculalgies (rapport médical du 25 août 2009 à l'OAI). Il a confirmé la disparition des sciatalgies gauches dans son rapport médical du 1<sup>er</sup> décembre 2009 à l'intimé, notant ainsi une amélioration de la pathologie lombaire pure, même si le cas du recourant demeurerait complexe vu ses comorbidités, celui-ci peinant à rester longtemps assis. Dans la mesure où le Dr Q.\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI qu'il ne pouvait se prononcer avec précision sur le taux d'incapacité de travail du recourant comme employé de bureau, un examen rhumatologique a été confié au Dr N.\_\_\_\_\_.

Ce médecin s'est basé sur une étude approfondie du dossier mis à sa disposition et sur un examen clinique du recourant effectué le 27 avril 2010. Son rapport du 20 mai 2010 contient une anamnèse détaillée énonçant notamment les plaintes du recourant. Il comporte en outre une description précise du status et contient une discussion étayée du cas du recourant. Les diagnostics posés ainsi que les conclusions du rapport sont clairs et dûment motivés. Ce rapport remplit dès lors les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. L'intimé s'est du reste rallié à l'appréciation du Dr N.\_\_\_\_\_.

Le recourant soutient néanmoins que l'intimé n'a pas instruit son cas à satisfaction de droit, en particulier en tant que le rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ ferait "l'impasse" sur les divergences de vue avec le Dr T.\_\_\_\_\_ qui estime son incapacité de travail à 50 %. Or il apparaît que le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, s'est contenté d'établir un certificat médical, le 23 novembre 2009, sans expliquer pour quels motifs il arrêta la capacité de travail de son patient à 50 %. A cela s'ajoute que selon le compte-rendu d'entretien téléphonique du 8 avril 2010 entre le Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR et le Dr T.\_\_\_\_\_, ce dernier a déclaré s'être surtout basé sur les plaintes de son patient pour rédiger le certificat du 23 novembre 2009. Il a en outre précisé ne plus l'avoir revu depuis lors, sinon pour un tout autre problème, et ne pas être en mesure de se prononcer sur l'évolution de son état de santé. Il apparaît dès lors que cette seule appréciation divergente n'est pas propre à remettre en cause les conclusions du Dr N.\_\_\_\_\_, ni de nature à justifier un complément d'instruction.

Dans un autre moyen, le recourant allègue que l'intimé n'a pas pris en compte l'effet cumulé des limitations fonctionnelles compte tenu de ses deux atteintes, au rachis et aux membres inférieurs. Il sied de rappeler que le Dr N.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail du recourant de lombosciatalgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec raccourcissement du membre inférieur droit de 2.5 cm, status après décompression minimale invasive gauche L3-L4 et L4-L5 pour canal

lombaire étroit, ainsi qu'avec séquelles de maladie de Scheuermann (M 54.4), de douleurs du pied gauche dans le cadre de troubles statiques des pieds avec status après lésion traumatique du pied gauche et status après plusieurs opérations du pied gauche dont la dernière sous forme d'une arthrodèse sous-astragaliennne et médio-tarsienne gauche suivie d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse, et de cervicodorsalgies dans le cadre de troubles statiques du rachis (M 54). Contrairement à l'opinion du recourant, le Dr N.\_\_\_\_\_ a clairement tenu compte de ses atteintes somatiques au rachis et aux membres inférieurs dans le cadre de l'examen des limitations fonctionnelles. Il a ainsi décrit de manière précise l'ensemble des limitations fonctionnelles et ce, pour chacune des deux atteintes précitées (rapport du 20 mai 2010, p. 7 in fine). Il a notamment conclu qu'au vu des limitations fonctionnelles décrites, l'activité habituelle de cuisinier n'était pas adaptée. Dans une activité d'employé de bureau, il a considéré que les limitations fonctionnelles étaient respectées, tout en admettant une baisse de rendement de 20 % liée à la nécessité de changer de position. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a enfin signalé que la mobilité lombaire et cervicale était bien conservée et que le recourant n'avait pas besoin de rester debout longtemps dans cette activité professionnelle. Dans ce contexte, le fait que le Dr N.\_\_\_\_\_ n'ait en définitive retenu qu'une baisse de rendement de 20 % ne permet pas de conclure à l'absence de prise en compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles.

Dans la mesure où aucun rapport médical ne vient remettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_, qui est probante, il convient de retenir, avec l'intimé, que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20 %. Attendu qu'il appartient aux médecins de porter un jugement sur l'état de santé et de se prononcer quant à une éventuelle incapacité de travail (ATF 125 V 256 consid. 4), l'avis exprimé par le fils du recourant ne saurait être déterminant.

**b)** Quant au grief selon lequel la formation du recourant ne serait pas adéquate, car pas adaptée à ses compétences, il doit également être rejeté. On rappellera que par reclassement, la jurisprudence entend

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. L'appréciation de l'équivalence doit reposer sur une comparaison entre les possibilités de gain offertes par la profession initiale et celles que permet d'entrevoir la nouvelle profession ou une activité que la personne assurée doit raisonnablement pouvoir exercer sur un marché équilibré du travail (cf. art. 16 LPGA; ATF 124 V 108 consid. 2a p. 109). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 s. ; TF 9C\_576/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3). En l'occurrence, l'intimé a définitivement pris position sur la question de l'adéquation de la formation proposée par rapport au parcours professionnel du recourant par communications des 28 février 2008 et 30 juin 2008. Il appartenait au recourant, à réception des communications précitées, de les contester, ce qu'il n'a pas fait. Il ne saurait dès lors, à ce stade de la procédure, remettre en cause le bien-fondé des décisions précitées, en soutenant que ces mesures lui avaient été imposées par l'intimé contre sa volonté. Il en va de même des autres griefs du recourant, notamment le fait qu'une formation comme intendant en EMS aurait davantage tenu compte de ses acquis. L'intimé lui a fourni à cet égard nombre de postes qui répondaient à ses compétences et étaient adaptés à ses limitations fonctionnelles, en autorisant en particulier l'alternance de positions. Enfin, le recourant a admis lors de l'audience du 6 décembre 2012 qu'un poste de chef d'équipe restauration de collectivité (tel que décrit dans un courrier de l'intimé du 20 août 2010) pouvait être une activité qui se rapprochait de celle d'intendant en EMS.

**5.** Cela étant, il reste à examiner le préjudice économique du recourant.

**a)** Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Dans ce sens, le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (cf. TF 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 4.4.2 et TFA I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3, avec les références citées).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF

9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF 9C\_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3;

TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

**b)** En l'espèce, l'intimé a retenu un revenu sans invalidité de 74'718 fr. en 2010, année d'ouverture du droit éventuel à la rente, en se fondant sur les renseignements obtenus auprès de l'ancien employeur du recourant, indexés. Ce montant, au demeurant non contesté, ne prête pas le flanc à la critique et doit être confirmé.

S'agissant du revenu avec invalidité, l'intimé observe qu'au vu de sa formation et de ses compétences et expériences dans le secteur de l'hôtellerie, de la restauration et des cafés, associées à sa formation administrative, le recourant pourrait accéder à divers emplois adaptés à son état de santé sans formation complémentaire, savoir notamment représentant, acheteur ou conseiller HORECA, ou encore chef d'équipe restauration collectivité. L'intimé a dès lors retenu qu'il pourrait prétendre à un revenu de 81'000 fr. en 2010, selon le barème niveau D des recommandations salariales 2010 de la SEC. Le recourant conteste ce montant, en faisant valoir que c'est plutôt le niveau B qui devrait être pris en compte, et que pour la classe d'âge de 46 ans, le salaire minimal serait alors de 56'960 francs. Pour le recourant, l'usage des tables SEC n'est en outre pas admissible au regard de la jurisprudence, dans la mesure où le revenu de valide n'a pas été fondé sur cette base-là.

Le point de savoir si les tables SEC auraient ou non dû être appliquées in casu souffre de demeurer indécis, dès lors qu'il apparaît que même en se fondant sur l'ESS, le recourant ne peut prétendre à l'octroi d'une rente.

En se basant sur l'ESS 2008, le salaire de référence pour quarante heures de travail par semaine est celui des hommes effectuant

des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour un niveau de qualification 4, soit 4'806 fr. x 12 soit 57'672 fr. par an (TA1). Il y a lieu de prendre en considération le fait qu'en 2010, l'horaire de travail dans les entreprises était de 41.6 h par semaine, ce qui porte le revenu annuel à 59'979 fr. (4'806 x 41.6 : 40 x 12). Ce montant doit être ajusté à l'indexation des salaires 2009 (+ 2.1 %, soit 61'239 fr.) et 2010 (+ 0.8 %) ce qui conduit à un revenu d'invalidé de 61'729 fr. (cf. TF 8C\_432/2011 du 7 mars 2012 consid. 5.3. pour un calcul similaire).

Compte tenu d'un taux d'activité de 80 % dans une activité adaptée, le salaire hypothétique est dès lors de 49'383 fr. 20. On précisera à cet égard que la diminution de rendement de 20 % ne justifie pas d'appliquer un abattement au salaire statistique (cf. TF 9C\_40/2011 du 1<sup>er</sup> avril 2011 consid. 2.3.1 et les arrêts cités), les limitations fonctionnelles du recourant ayant précisément été prises en compte dans le taux de 80 % retenu. Comparé au revenu sans invalidité de 74'718 fr., il résulte dès lors un taux d'invalidité de 33.9 %, lequel doit être arrondi à 34 % (ATF 130 V 121). Or un tel taux n'ouvre pas le droit à la rente.

**6.** Le dossier s'avérant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2; 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

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

**b)** La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance

judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al.1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

**c)** En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**d)** Par décision du 13 juillet 2012 (Aj 66/12), le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc à compter du 12 juillet 2012 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée à 2'355 fr. 50 (dont 174 fr. 50 de TVA à 8 %) à titre d'honoraires et débours.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision rendue le 6 juin 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 400 francs (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil du recourant, est arrêtée à 2'355 fr. 50 (deux mille trois cent cinquante-cinq francs et cinquante centimes) (débours et TVA compris).
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour le recourant), avocat à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :