

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 novembre 2015

---

Composition : M. NEU, président  
Mme Dormond Béguelin et M. Gutmann, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à **Q.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Joëlle Vuadens,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Ressortissant portugais, P. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, est entré en Suisse pour la première fois au mois d'août 1992. Le 16 septembre suivant, une autorisation saisonnière (permis A) lui a été délivrée pour une durée de neuf mois. Il a été par la suite mis au bénéfice d'un permis L (autorisation de travail de courte durée). Sans formation professionnelle, il travaillait alors en tant que saisonnier dans une fromagerie.

Le 13 mai 1994, lors d'un congé au Portugal, l'assuré a été victime d'un accident de la voie publique. Alors qu'il circulait au guidon de sa moto, il a été renversé par une voiture, ce qui a provoqué les lésions suivantes : fracture-luxation de la hanche droite, fracture du cotyle gauche, fracture de la jambe gauche, luxation du coude gauche, fracture de métacarpien de la main gauche avec lésion des extenseurs et lésion abdominale avec splénectomie. L'assuré a été hospitalisé au Portugal du 13 mai 1994 au 10 février 1995, avant de rentrer en Suisse pour la suite du traitement.

En date du 23 janvier 1996, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), tendant à un reclassement dans une nouvelle profession et à l'octroi de mesures médicales de réadaptation. Il a fait état de graves séquelles d'un polytraumatisme sur accident de la route le 13 mai 1994 avec lésions orthopédiques et neurologiques.

Par décision du 4 décembre 1996, l'office AI a rejeté la demande, au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies. L'assuré n'ayant pas formé recours, cette décision est entrée en force.

**B.** Le 5 août 2004, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations AI. Il sollicitait l'octroi d'une mesure de rééducation dans la

même profession ainsi que la prise en charge de moyens auxiliaires. Subsidiairement, il demandait le versement d'une rente. Il signalait avoir repris l'exercice d'une activité lucrative à 100% dès le 1<sup>er</sup> juillet 1998 en qualité de cuisinier. Il faisait état de difficultés à la marche.

Le 16 novembre 2004, l'office AI a rendu une décision aux termes de laquelle il signifiait à l'assuré son refus d'entrer en matière, dès lors qu'il ne faisait valoir aucun fait nouveau dans sa nouvelle demande depuis la décision du 4 décembre 1996. En l'absence de recours de l'assuré, la décision du 16 novembre 2004 est entrée en force.

**C.** En date du 24 janvier 2006, l'assuré, désormais au bénéfice d'une autorisation de séjour (permis B), a présenté une nouvelle demande de prestations AI, tendant à la prise en charge de moyens auxiliaires sous forme de chaussures orthopédiques.

Le 23 juillet 2007, l'office AI a informé l'assuré qu'il assumait les coûts de chaussures orthopédiques de série, aux conditions précisées dans sa lettre.

**D.** Le 9 mars 2010, l'assuré a complété le formulaire ad hoc en vue de l'octroi de prestations AI (date d'indexation : 15 mars 2010). L'office AI l'a informé par lettre du 18 mars 2010 que sa demande serait traitée en application des dispositions sur la révision. Un délai de trente jours lui était imparti pour faire parvenir à l'administration un rapport médical détaillé au sujet de son état de santé ainsi que tout autre document propre à fonder un motif de révision.

Le 7 juillet 2010, l'office AI a fait savoir à l'assuré qu'il comptait ne pas entrer en matière sur sa demande, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis les décisions rendues en 1996 et en 2004. Une autre appréciation d'un état de fait demeuré inchangé n'était pas possible.

Le 30 août 2010, l'assuré a signalé à l'office AI qu'en date du 8 juin 2009, il avait fait une chute dans le cadre de son activité professionnelle ayant provoqué des douleurs à la cheville gauche et à la hanche droite. Il a joint diverses pièces médicales à son courrier, dont le rapport d'expertise médicale du 25 février 2010 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, à l'intention de l'assureur-accidents.

Prenant position sur les éléments médicaux produits, le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), s'est exprimé en ces termes dans un avis médical du 28 avril 2011 :

« Assuré de 35 ans, cuisinier, qui a présenté un grave accident de la circulation le 13 mai 1994 au Portugal avec :

- Fracture-luxation de la hanche droite, traitée par arthrodèse.
- Lésions des sciatiques bilatérales. Paralysie sciatique poplitée externe à gauche et parésie de la loge antérieure de la jambe droite.
- Lésions du nerf cubital gauche par luxation.
- Fracture des métacarpiens de la main gauche consolidée en position vicieuse.
- Fracture de la jambe gauche consolidée avec défaut d'axe de 30°.
- Fracture du cotyle gauche.
- Fracture des avant-bras, traitée conservativement.
- Rupture de la rate ayant nécessité une splénectomie.

En mars 2004, il subit une arthrodèse tibio-astragalienne gauche en raison de la paralysie du nerf sciatique poplitée externe gauche.

Le 8 juin 2009, alors qu'il travaille à 100% comme cuisinier, il chute au travail avec une douleur au niveau de la hanche droite, de la cheville gauche, il diminue alors sa capacité de travail à 50% à partir du 8 juin 2009.

Il n'y a aucune lésion importante après la chute du 8 juin 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_, dans son expertise du 16 février 2010 retient les diagnostics suivants :

- Ankylose massive de la hanche droite avec coxarthrose droite massive pour fracture / luxation de la hanche droite avec chirurgie itérative et résection tête-col en 1994.
- Coxarthrose gauche débutante.
- Arthrodèse de l'articulation tibiotarsienne gauche avec ankylose massive sur arthrose de l'articulation sous-astragalienne gauche sur ancienne fracture du pilon tibial en 1994.

- Pied tombant gauche sur probable lésion du tronc sciatique gauche en 1994.
- Contusions mineures de la fesse droite et de la cheville gauche en relation avec l'événement du 8 juin 2009, avec statu quo.

Le 27 mai 2010, l'assuré est opéré de la hanche droite avec arthroplastie totale de la hanche droite et ostéotomie digastrique en Z du grand trochanter.

Les suites sont marquées par une parésie du nerf sciatique avec paralysie des releveurs du pied droit.

En conclusion, il existe une aggravation de l'état de santé puisqu'il existe une paralysie du nerf sciatique droit avec steppage et pied tombant et la marche est impossible sans orthèse. »

Au terme de ses constatations, le Dr X. \_\_\_\_\_ a demandé que des questions complémentaires soient posées aux médecins ayant récemment examiné l'assuré.

L'administration s'est employée à recueillir les avis des praticiens indiqués par le Dr X. \_\_\_\_\_, lequel s'est prononcé comme suit dans un avis médical du 8 mars 2012 :

« Assuré de 35 ans, cuisinier, a présenté un grave accident de circulation en mai 1994 avec poly-traumatisme.

Le 8 juin 2009, alors qu'il travaille à 100% comme cuisinier, il chute au travail avec une douleur de la hanche droite et de la cheville gauche et il diminue alors sa capacité de travail à 50% dès le 8 juin 2009. Suite à la chute du 8 juin 2009, il n'y a aucune lésion importante et le Dr L. \_\_\_\_\_, orthopédiste, dans son expertise du 16 février 2010, retient les diagnostics suivants :

- Ankylose massive de la hanche droite avec coxarthrose massive droite pour fracture / luxation de la hanche droite avec chirurgie itérative et résection tête-col en 1994.
- Coxarthrose gauche débutante, sur luxation de la hanche gauche en 94.
- Arthrodèse de l'articulation tibiotarsienne gauche avec ankylose massive sur arthrose de l'articulation sous-astragaliennne gauche sur ancienne fracture du pilon tibial en 1994.
- Pied tombant gauche sur probable lésion du tronc sciatique gauche en 1994.
- Fracture de la main gauche et majeur gauche en 94 guéries avec séquelles fonctionnelles mineures.
- Contusions mineures de la fesse droite et de la cheville gauche en relation avec l'événement du 8 juin 2009 avec statu quo sine trois mois plus tard.

Par la suite, l'assuré est opéré le 27 mai 2010 de la hanche droite avec arthroplastie totale droite et ostéotomie digastrique en Z du grand trochanter. Les suites sont marquées par une parésie du nerf sciatique droit avec paralysie du releveur du pied droit.

Un rapport AI du Dr D.\_\_\_\_\_, orthopédiste du 14 juin 2011, diagnostique un status après prothèse de la hanche droite et ankylose post-traumatique et une parésie du nerf sciatique droit. L'assuré marche avec une attelle de Heidelberg au niveau de la jambe droite et une canne. La durée de la marche est limitée à 15-20 minutes. La capacité de travail dans la fonction de cuisinier est de 50%. Les limitations fonctionnelles étant une rigidité de la hanche droite et une paralysie des releveurs du pied et la capacité de travail dans une activité adaptée est de 100%.

Le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin généraliste [médecin traitant, réd.], dans son rapport d'octobre 2011, mentionne une ankylose de la hanche droite avec une parésie du pied droit et une distorsion de la cheville gauche.

Par contre, les capacités de travail sont très différentes de celles portées par l'orthopédiste car il mentionne une capacité de travail de 30% dans l'activité habituelle et 50% dans une activité adaptée.

A noter qu'il n'a pas été possible d'obtenir un rapport AI avec le Dr V.\_\_\_\_\_, neurologue, car il semble que l'assuré ne s'est pas présenté au rendez-vous.

Nous avons reçu une lettre du Dr D.\_\_\_\_\_, orthopédiste à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_, du 13 février 2012. Il avait revu notre assuré le 8 juillet 2011.

La situation est stable avec une parésie du sciatique droit et une parésie complète des releveurs du pied droit.

Il estime la capacité de travail comme cuisinier à 30%, la capacité de travail dans une activité adaptée, alternant les positions debout/assis et sans travail physique est de 100%.

En conclusion :

1. Après le traumatisme de juin 2009, entraînant des contusions mineures de la fesse droite et de la cheville gauche, il y a eu une incapacité de travail depuis le 8 juin 2009 jusqu'au 8 septembre 2009 (statu quo sine trois mois plus tard).
2. A partir de l'intervention sur la hanche droite du 27 mai 2010, il y a eu une incapacité de travail à 100% du 27 mai 2010 jusqu'au 30 novembre 2010 (6 mois).
3. Puis à partir du 30 novembre 2010, la capacité de travail est de 30% dans son activité de cuisinier.

Par contre, la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suscitées est de 100%. »

Par projet de décision du 26 novembre 2012, l'office AI a informé l'assuré qu'il escomptait lui nier le droit à une rente ainsi qu'à des mesures de reclassement professionnel sur la base des constatations suivantes :

« Par votre demande du 15 mars 2010, vous avez sollicité des prestations de notre assurance.

Suite aux investigations médicales qui ont été entreprises, il ressort que vous avez été en incapacité de travail depuis le 8 juin 2009 suite à une chute sur la fesse droite qui a occasionné des contusions mineures. Dès le 9 septembre 2009, votre capacité de travail doit être considérée comme à nouveau totale.

A partir du 27 mai 2010, suite à une intervention chirurgicale, votre incapacité de travail est à nouveau entière dans toute activité. Dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010, vous avez pu reprendre votre activité de cuisinier à raison de 30%.

Au vu de ce qui précède, nous retenons, dans votre activité de cuisinier, les arrêts de travail suivants :

du 8 juin au 8 septembre 2009 à 100%  
du 27 mai 2010 au 30 novembre 2010 à 100%  
dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 à 70%

Toutefois, dans une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles, à savoir : rigidité de la hanche droite et une paralysie des releveurs du pied, la capacité de travail est totale.

Tel serait le cas dans des activités suivantes : ouvrier dans l'industrie légère, contrôleur de qualité, surveillant de parking ou [de] magasin.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'901.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1 ; niveau de qualification 4).

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 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être

porté à CHF 5'109.29 (CHF 4'901.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311.51.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2011 (+ 1% ; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61'924.63 (année d'ouverture d'un éventuel droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 52'635.93.

Sans vos problèmes de santé, dans votre activité de cuisinier, vous auriez pu prétendre réaliser, en 2011, un revenu annuel de CHF 58'500.00.

Votre préjudice économique et par conséquent votre degré d'invalidité est de 10.02%, arrondi à 10% conformément au calcul ci-dessous :

**Comparaison des revenus :**

sans invalidité	CHF	58'500.00		
avec invalidité	CHF	52'635.95		
La perte de gain s'élève à	CHF	5'635.95	=	un degré d'invalidité de 10.02%

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

Par ailleurs, ce taux d'invalidité n'ouvre pas le droit à un reclassement professionnel.

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

La demande est rejetée.

Toutefois, une aide au placement peut vous être octroyée conformément à la communication ci-jointe. »

Dans une lettre du 18 janvier 2013, l'assuré a contesté la position de l'office AI quant à sa capacité de travail dans une activité adaptée. Affirmant toutefois être prêt à travailler à plein temps, il a

sollicité le concours de l'administration aux fins de lui proposer une formation adaptée à ses besoins et capacités.

Le 19 avril 2013, l'office AI a écrit à l'assuré qu'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient fournis par son service de placement. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, il a fixé un délai de trente jours à l'assuré pour produire un rapport médical apportant des éléments médicaux susceptibles de modifier la détermination contenue dans le préavis, voire tout autre élément de nature à constituer un motif de révision.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2013, l'office AI a adressé à l'assuré une lettre à la teneur suivante :

« En date du 19 avril 2013, nous vous avons laissé un délai de trente jours pour nous produire un rapport médical apportant des éléments médicaux susceptibles de modifier notre détermination du 26 novembre 2012.

A ce jour, ce document ne nous est pas parvenu et vous n'avez pas rendu plausible la modification de notre prise de décision.

D'autre part, nous vous avons également adressé une communication concernant l'octroi de la mesure de placement et vous avez été convié à une séance d'information prévue le 21 mai 2013 de 10 h 30 à 11 h 30, à laquelle vous ne vous êtes pas rendu.

Au vu de ce qui précède, nous vous remettons en annexe notre décision de refus de rente contre laquelle vous pourrez recourir dans les trente jours dès réception auprès du Tribunal cantonal.

[Salutations] »

A ce pli était annexée une décision formelle datée du même jour, avec une motivation identique à celle du préavis du 26 novembre 2012.

**E.** Par acte du 2 septembre 2013, P.\_\_\_\_\_ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Avec suite de frais et dépens, il conclut à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 15 mars 2010.

Subsidiairement, il demande à être mis sans délai au bénéfice de mesures de reclassement professionnel. Se prévalant des séquelles de l'accident subi en 1994 ainsi que des atteintes consécutives à la chute dont il a été victime dans le cadre de son travail en 2009, il explique qu'il « ne saurait reprendre son activité de cuisinier à 100%. » Par ailleurs, au cas où ses limitations fonctionnelles lui permettraient de reprendre une activité adaptée, il devrait alors être mis au bénéfice d'un reclassement professionnel afin d'acquérir une formation lui permettant d'exercer une activité qui serait adaptée à son invalidité. Faisant enfin valoir une péjoration de son état de santé, le recourant reproche à l'office AI de s'être contenté de requérir quelques avis médicaux auprès des différents praticiens l'ayant examiné, sans avoir investigué plus avant sa situation médicale. C'est pourquoi, il réclame qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée « afin d'obtenir un avis éclairé sur le pronostic d'invalidité ou de réinsertion » le concernant. Il a produit un bordereau de pièces figurant déjà au dossier administratif.

Dans sa réponse du 12 novembre 2013, l'office intimé rappelle être entré en matière sur la demande de prestations déposée par le recourant en date du 15 mars 2010. Ce faisant, il a recueilli divers avis médicaux qu'il a ensuite soumis à son SMR. Se ralliant à l'avis du Dr X.\_\_\_\_\_, il a estimé qu'il convenait d'accorder plus de poids à l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qu'à celui du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant. En effet, dans son rapport du 9 octobre 2011, ce praticien atteste une capacité de travail de 30%, avec diminution de rendement de 50%, dans la profession de cuisinier et de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé, alors que dans le questionnaire transmis par l'intimé (complété le 9 novembre 2011), ce même médecin fait état d'une capacité résiduelle de 30% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Par ailleurs, l'intimé estime qu'un spécialiste en orthopédie est plus à même d'indiquer dans quelles proportions le recourant peut exercer un travail qui soit adapté à son état de santé, de sorte qu'il convient de privilégier son point de vue, ce d'autant plus que celui émanant du médecin

généraliste traitant est entaché de contradictions. Dans ces conditions, l'intimé considère qu'il n'y a pas lieu d'administrer d'autres preuves. Il rappelle pour terminer qu'en ne se rendant pas - sans indiquer de motif - à la séance destinée à présenter la mesure d'aide au placement qui lui avait été octroyée, l'assuré témoignait de son désintérêt pour le processus en cours, si bien que c'est à juste titre que l'administration avait mis un terme à son mandat d'aide au placement. La reprise d'une telle démarche était subordonnée au retour de l'assuré à de « meilleurs sentiments ». En conséquence, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

En réplique du 12 mai 2014, le recourant produit un rapport du 8 avril précédent rédigé sous la plume du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Adressé au conseil du recourant et faisant suite à une consultation du 7 avril 2014, ce rapport contient un bref résumé de la situation médicale de l'intéressé, des constatations cliniques effectuées (status) ainsi que les diagnostics posés. En résumé, le Dr G.\_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail de l'assuré n'excède pas 30% dans toute activité, y compris une profession dans laquelle il peut alterner la position assise et la station debout. Selon ce praticien, le taux retenu s'explique par l'importante diminution de la mobilité au niveau du membre inférieur droit mais également au niveau de la cheville gauche en raison d'une arthrodèse. Par ailleurs, un travail assis ne saurait être plus adéquat que son activité actuelle. Le recourant déduit de ce qui précède que le point de vue de l'autorité intimée ne saurait être suivi et qu'il convient par conséquent de faire droit aux conclusions prises dans son recours qu'il déclare confirmer intégralement.

Dupliquant en date du 27 mai 2014, l'intimé observe en premier lieu que le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ a trait à une situation postérieure à la décision dont est recours (datée du 1<sup>er</sup> juillet 2013). Il ne peut donc en principe être pris en considération dans la présente procédure, puisque celle-ci se rattache aux faits s'étant produits avant la décision attaquée. Toutefois, à supposer que cette pièce relaterait la situation telle qu'elle se présentait avant l'acte contesté, elle ne contient

aucun élément dont l'office intimé n'aurait pas eu connaissance au moment de statuer et qui soit suffisamment pertinent pour l'amener à revoir son point de vue. Il propose en conséquence une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Se déterminant par pli du 23 juin 2014, le recourant fait savoir qu'il conteste intégralement l'argumentation contenue dans la dernière écriture de l'office AI, dans la mesure où son état de santé n'a pas connu de variation entre le moment où la décision litigieuse a été rendue et le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_. Au demeurant, les atteintes à la santé constatées par ce médecin sont permanentes depuis de nombreuses années, ce que l'intimé n'ignore pas. Dès lors, le recourant ne peut que confirmer dans leur intégralité ses précédentes conclusions, y compris celle tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

**F.**            **a)** Le 17 juillet 2014, le magistrat instructeur, d'entente avec les parties, a confié au Centre d'expertises R.\_\_\_\_\_ de la Policlinique médicale H.\_\_\_\_\_ le soin de procéder à une expertise bidisciplinaire orthopédique et de médecine interne. Déposé le 16 décembre 2014, le rapport était signé par les Dresses F.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, toutes deux spécialistes en médecine interne générale. Il était spécifié en tête du rapport que les constatations et conclusions de l'expertise se fondaient sur le dossier de l'assurance-invalidité et celui mis à disposition par le tribunal, un examen de médecine interne du 28 octobre 2014, un consilium neurologique du 24 novembre 2014 et un consilium orthopédique du 28 novembre 2014. En outre, les conclusions quant à la capacité de travail et les réponses aux questions de l'avocate du recourant et de l'autorité intimée avaient été prises en séance de synthèse multidisciplinaire le 2 décembre 2014, en présence des Dresses F.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ (internistes), avec les avis des Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et L.\_\_\_\_\_, orthopédiste.

Débutant par un énoncé du motif de l'expertise et un résumé des principales pièces figurant aux dossiers administratif et judiciaire (pp. 1-6), le rapport comprend ensuite l'anamnèse de l'assuré (familiale,

personnelle, systématique, psychosociale et professionnelle) avec la description des plaintes exprimées (pp. 6-10). Les experts se sont ensuite attachés à décrire les constatations effectuées (status cardiovasculaire, respiratoire, abdominal, ostéo-articulaire et neurologique) puis à rendre compte des consultations spécialisées pratiquées (consultations de neurologie et d'orthopédie) (pp. 11-20).

Avec influence essentielle sur la capacité de travail, les experts ont posé les diagnostics suivants :

« Accident de moto le 13 mai 1994 avec polytraumatisme majeur : T07

- Luxation de la hanche droite avec échec de réduction fermée puis échec de réduction chirurgicale nécessitant finalement une intervention sous forme de résection tête et col de la hanche droite. Arthrose et ankylose majeures. Status après arthroplastie totale de la hanche droite, ostéotomie digastrique en z du grand trochanter en mai 2010 M16.5
- Complications postopératoires (mai 2010) sous forme d'une lésion sciatique avec un pied tombant droit S74.0
- Luxation traumatique de la hanche gauche réduite sous anesthésie générale en 1994, avec évolution vers une coxarthrose M16.5
- Fracture de la cheville gauche en 1994 avec évolution vers une arthrose, nécessitant une arthrodèse tibio-tarsienne en 2004 en raison d'un pied tombant M19.27

Tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite  
M75.1 »

Sans influence essentielle sur la capacité de travail, les experts ont retenu les diagnostics suivants :

« Autres lésions traumatiques de l'accident du 13 mai 1994 avec :

- Fractures des deux avant-bras traitées conservativement
- Fracture de la main gauche avec section tendineuse nécessitant une sanction chirurgicale
- Lésion ligamentaire du genou gauche

- Traumatisme abdominal avec rupture de la rate nécessitant une laparotomie et une splénectomie en urgence

Status après contusions mineures de la fesse droite et de la cheville gauche le 8 juin 2009 »

Sous l'intitulé « Appréciation du cas », les experts se sont exprimés en ces termes.

« Monsieur P. \_\_\_\_\_ est âgé de 39 ans, d'origine portugaise, père de 4 enfants avec sa compagne, dont l'aîné est âgé de 20 ans et le plus jeune de 4 ans, sans formation professionnelle certifiée mais ayant travaillé comme mécanicien au Portugal, et en Suisse comme saisonnier, aide de cuisine, aide dans une laiterie puis comme aide de cuisine au Restaurant C. \_\_\_\_\_ à Q. \_\_\_\_\_, poste qu'il occupe depuis 1998.

Le 13 mai 1994, Monsieur P. \_\_\_\_\_ est victime d'un grave accident de moto, entraînant de multiples traumatismes avec notamment des fractures des avant-bras traitées conservativement, une fracture d'un métacarpien gauche avec section tendineuse nécessitant une sanction chirurgicale, un traumatisme abdominal avec rupture de la rate nécessitant une laparotomie et une splénectomie en urgence, une fracture de la cheville gauche se compliquant d'arthrose ainsi que d'une luxation des deux hanches avec à gauche une lésion du tronc sciatique. Il y a une réduction des deux hanches avec, comme évolution à gauche, un pied tombant résiduel et une coxarthrose modérée. A droite, l'évolution sera défavorable, avec probable nécrose de la tête traitée par une résection tête/col, provoquant un raccourcissement d'environ 2 cm dans la jambe droite, occasionnant une boiterie et une évolution vers une arthrose-ankylose massive de la hanche. L'arthrose de la cheville gauche va nécessiter une arthrodèse tibio-astragaliennne le 24 mars 2004, corrigeant le pied tombant et la position vicieuse du pied.

Malgré les importantes séquelles physiques des traumatismes subis lors de l'accident, Monsieur P. \_\_\_\_\_ n'a bénéficié d'aucune prestation accident, tout au moins sous forme de rente car les conditions d'assurance n'étaient pas remplies à l'époque. Il a bénéficié de prestations sous forme de moyens auxiliaires, avec appareillages par chaussures avec attelle, notamment pour le pied tombant gauche. En ce qui concerne l'AI, une première demande de rente, déposée en janvier 1996, a été rejetée, également au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies. Une deuxième demande déposée en août 2004 a également été refusée au motif qu'aucun élément nouveau d'un point de vue médical n'était présent. En mars 2010, Monsieur P. \_\_\_\_\_ dépose une troisième demande de prestations AI, en raison de l'aggravation progressive de douleurs à la hanche droite et de la cheville et du pied gauches. Dans un premier temps, l'OAI rejette la demande, considérant a priori qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier l'appréciation précédente. Sur la base de rapports médicaux, spécialement de celui du Dr D. \_\_\_\_\_,

chirurgien orthopédiste à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_, de février 2012, qui jugeait une diminution de [la] capacité de travail dans l'activité de cuisinier d'au moins 50% et qu'une activité de 100% était envisageable dans une activité adaptée, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de mars 2010. Toutefois, le calcul du revenu avec et sans atteinte à la santé donne un degré d'invalidité inférieur à 40% ne permettant pas d'ouvrir le droit à un quart de rente et se trouvant en dessous du seuil nécessaire à l'octroi d'une mesure de reclassement. Monsieur P.\_\_\_\_\_ a fait opposition au projet de décision AI en date du 23 juin 2014, apportant à l'appui de sa contestation, un rapport du Dr G.\_\_\_\_\_, orthopédiste à B.\_\_\_\_\_ (consultation d'avril 2014) qui suit actuellement l'expertisé, où l'incapacité de travail est jugée à 70% dans quelque activité que ce soit. Les atteintes à la santé de Monsieur P.\_\_\_\_\_ sont jugées être présentes depuis de nombreuses années déjà, permanentes, et leur pronostic pour l'avenir semble pessimiste.

La présente expertise pluridisciplinaire est sollicitée par le Tribunal Cantonal des Assurances. Se pose alors la question quant aux atteintes à la santé actuelle, leur évolution au cours du temps et la capacité de travail dans une activité adaptée et dans celle d'aide de cuisine.

Au plan professionnel, Monsieur P.\_\_\_\_\_ a pu reprendre de lui-même, malgré les séquelles de l'accident de 1994, la profession de cuisinier à 100% à partir de 1998 au Restaurant C.\_\_\_\_\_ à Q.\_\_\_\_\_. Jusqu'au 8 juin 2009, il ne semble pas y avoir eu d'arrêt de travail prolongé, hormis en 2004 pour l'arthrodèse de la cheville gauche. Le 8 juin 2009, il se produit un traumatisme sur son lieu de travail avec une chute de sa hauteur entraînant une contusion de la hanche droite et de la cheville gauche. Une expertise effectuée à la demande de l'assurance accident N.\_\_\_\_\_ par le Dr L.\_\_\_\_\_ en février 2010 avait conclu à de simples contusions suite à cette chute, avec un statu quo sine 3 mois plus tard. La suite des prestations a alors dépendu de l'assureur perte de gain maladie et de la LAMal. Dans les faits, c'est depuis cette chute que les douleurs de la hanche droite et de la cheville gauche se sont intensifiées, ne lui permettant pas de reprendre son activité professionnelle comme auparavant. Monsieur P.\_\_\_\_\_ a tenté une reprise à 50% du 29 juin 2009 au 27 mai 2010, date qui correspond à une hospitalisation en orthopédie à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ pour une arthroplastie totale de la hanche droite, une ostéotomie digastrique en z du grand trochanter pour une ankylose massive sur le status après Girdlestone pour luxation traumatique de la hanche droite en 1994. Malheureusement, l'opération s'est compliquée d'une parésie du sciatique droit avec un pied tombant séquellaire qui va nécessiter le port de chaussures orthopédiques de série comprenant une attelle d'Heidelberg droite. Une reprise de travail comme aide de cuisine a pu se faire à 30% à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2010 et semble être le maximum des possibilités de l'expertisé, qui décrit répartir ce taux d'activité sur les 5 jours ouvrables de la semaine, durant le service de midi du restaurant. Anamnestiquement, ce travail lui paraît actuellement adapté car il lui permet de changer de position selon les douleurs.

La problématique de Monsieur P.\_\_\_\_\_ est donc d'ordre essentiellement orthopédique, avec une situation relativement stable jusqu'en 2009. En juin 2009, de simples contusions vont faire décompenser les pathologies qui ont été décrites plus haut, notamment au niveau de la hanche droite. Dans le cours de l'évolution de la coxarthrose, qui s'est faite progressivement, il a été décidé en juin 2010 de mettre sur place une prothèse totale de la hanche droite, comme par ailleurs proposé lors de l'expertise de février 2010 par le Dr L.\_\_\_\_\_, ceci afin d'améliorer la flexion de la hanche droite pour la position assise ainsi que la marche, au vu de l'ankylose douloureuse de cette hanche. La prothèse qui a été mise en place en juin 2010 s'est avérée en fait être un échec au plan orthopédique, puisque d'une part la mobilité ne s'est pas améliorée au vu des valeurs mesurées actuellement, qui restent extrêmement limitées avec une flexion-extension d'au maximum 50-10-0 et des rotations pratiquement bloquées à droite ; d'autre part, l'intervention a entraîné une lésion sciatique majeure avec un pied tombant droit séquellaire et une amyotrophie de la cuisse droite.

L'examen neurologique a confirmé le steppage du pied droit à la marche, une station sur la pointe des pieds partiellement possible seulement mais impossible sur les talons. Aux membres inférieurs, le neurologue a trouvé un ralentissement important des mouvements rapides des orteils des deux côtés, constaté l'amyotrophie de la cuisse droite et de la jambe gauche, une amyotrophie bilatérale du pédiex, une aréflexie achilléenne bilatérale, un déficit majeur d'extension du pied et des orteils des deux côtés avec une flexion plantaire et des orteils difficilement appréciable ainsi que des troubles sensitifs superficiels intéressant la face externe de la jambe et du pied dans son ensemble des deux côtés. Il s'agit d'un status après atteinte du tronc du nerf sciatique des deux côtés prédominant sur les fibres à destinée du sciatique poplité externe. L'EMG [électromyogramme, réd.] a confirmé l'existence d'une atteinte encore sévère des muscles de la loge antéro-externe des deux côtés avec une probable discrète atteinte persistante de la loge postérieure dépendant du sciatique poplité interne. Il s'agit là de séquelles de l'accident de 1994, avec au membre inférieur droit le pied tombant apparu après l'opération de la hanche de 2010.

Sur le plan fonctionnel, l'atteinte motrice distale de la jambe droite est extrêmement délétère sur le plan de la démarche, en raison de l'arthrodèse de la cheville à gauche qui bloque le déroulement du pas. La marche est donc clairement entravée, particulièrement à pieds nus, mais également avec les chaussures orthopédiques de série comprenant une attelle de Heidelberg à droite. Il y a pour le Dr L.\_\_\_\_\_, entre l'examen de 2010 et l'actuel, clairement et objectivement une péjoration fonctionnelle dans les déplacements à la fois professionnels, mais également dans la vie de tous les jours. La prothèse de la hanche droite n'a pas non plus permis une amélioration de la position assise, puisque la flexion n'a pas été améliorée, toujours limitée à 50°, gênant donc la position assise, ne lui permettant pas d'attacher ses souliers, etc. Il y a ainsi clairement toujours un handicap lors de la position assise. Sur le plan thérapeutique, tant d'un point de vue neurologique qu'orthopédique, les séquelles du pied droit sont définitives. Actuellement, concernant la hanche droite, de nouvelles radiographies ont été faites. Il n'y a

pas de signe pour un descellement prothétique justifiant un changement de prothèse. Pour le Dr L.\_\_\_\_\_, il se pose éventuellement la question d'une amélioration de la flexion qui est limitée, gênant la position assise, par une éventuelle résection des calcifications qui probablement entraînent une butée osseuse. Le Dr G.\_\_\_\_\_ n'a récemment pas proposé de traitement. Tout en précisant que l'indication à une éventuelle nouvelle opération avec résection devrait être posée très soigneusement compte tenu de l'histoire médicale de Monsieur P.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_ a proposé un avis orthopédique spécialisé par un chirurgien de la hanche particulièrement expérimenté. Il précise néanmoins que l'intervention n'aurait pour but que d'améliorer la flexion passive de la hanche droite et ne changerait en rien la capacité de travail de Monsieur P.\_\_\_\_\_.

Au plan orthopédique-rhumatologique, Monsieur P.\_\_\_\_\_ signale également depuis quelques mois des douleurs de l'épaule droite, avec cliniquement et radiologiquement une tendinopathie partiellement rompue du sus-épineux. L'orthopédiste propose tout d'abord une prise en charge physiothérapeutique de rééducation, en particulier de tonification des abaisseurs de l'épaule puis, dans un deuxième temps seulement, une éventuelle indication opératoire qui lui paraîtrait excessive d'emblée. Ce problème occasionne des douleurs lors de l'abduction et l'élévation antérieures du membre supérieur droit à partir de 45° et limite les ports de charges répétés supérieurs à 10 kg ainsi que les travaux effectués avec les membres supérieurs au-delà de 45° d'abduction ou d'élévation antérieures.

Ainsi globalement Monsieur P.\_\_\_\_\_ présente un handicap orthopédique fonctionnel majeur, qui est une évolution dégénérative chronique des traumatismes liés à l'accident de 1994, encore majorés après l'opération de prothèse totale de hanche en 2010 où est apparu un pied droit tombant. Alors que la douleur de la hanche s'est quelque peu améliorée après cette intervention, il n'y a pas eu de gain fonctionnel significatif.

Le seul problème qui n'est pas lié aux suites de l'accident de 1994 concerne les douleurs sur tendinopathie de l'épaule droite depuis 2014. On signale encore des troubles sensitifs distaux du membre supérieur gauche avec une impression de manque de force de la main gauche, sans altération de la trophicité et de la force brute et sans présence de clairs signes d'irritation sur les différents troncs nerveux. Il n'y a toutefois pas de séquelle fonctionnelle significative des fractures des avant-bras et de la main gauche de 1994.

Actuellement, d'un point de vue orthopédique et neurologique, Monsieur P.\_\_\_\_\_ présente un handicap fonctionnel majeur qui justifie une capacité de travail au maximum de 30% dans son activité d'aide cuisinier, ce qui correspond à son taux d'activité actuel. Les limitations tant orthopédiques que neurologiques sur les troncs du nerf sciatique des deux côtés justifieraient même une incapacité de travail totale dans une activité se déroulant essentiellement en station debout prolongée, telle qu'on imagine être celle d'aide cuisinier / cuisinier.

Dans une activité adaptée, c'est-à-dire assise, semi-assise, avec déplacements occasionnels, la gêne fonctionnelle de la hanche

droite restreint sa capacité de travail en raison de sa flexion restreinte. La position assise pour un poste de travail assis pourrait peut-être être améliorée avec un siège adapté, un siège de type arthrode de hanche permettant de s'asseoir avec une flexion maximale de 40-45° de la hanche à droite, ce qui lui permettrait d'avoir le tronc vertical et non pas en cyphose complète du rachis, pour compenser son manque de flexion de hanche.

Un poste de travail adapté ne devrait pas non plus comporter des activités avec les bras à plus de 45° de hauteur en raison de la tendinopathie du sus-épineux droit. Dans une activité qui tiendrait compte de ces limitations, on peut alors imaginer une capacité de travail aux environs de 50% au maximum, les 50% de limitation correspondraient aux gênes fonctionnelles liées au déplacement. La remarque du Dr K. \_\_\_\_\_ quant à une capacité de travail théorique dans une activité adaptée à 100% concerne l'aspect purement neurologique, et ne tient pas compte des limitations fonctionnelles de la hanche droite notamment, telles qu'elles sont décrites par l'orthopédiste. C'est pourquoi, même dans une activité adaptée, nous retenons d'un point de vue global neurologique et orthopédique surtout, une incapacité de travail de 50%.

### **REPONSES AUX QUESTIONS**

- *Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé ?*

30% au maximum telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui dans l'activité d'aide-cuisinier.

- *A quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25% au moins ?*

Etant donné que dans les faits Monsieur P. \_\_\_\_\_ a travaillé à 100% jusqu'au 8 juin 2009 malgré les séquelles de l'accident de moto de 1994 (il y avait déjà de l'arthrose, une lésion du nerf sciatique à gauche prédominant sur les fibres à destinée du sciatique poplité externe), il faut considérer que la capacité de travail a été totale jusqu'à ce jour-là.

La chute sur les fesses survenue le 8 juin 2009 a fait décompenser les pathologies de la hanche droite, de la cheville gauche particulièrement. L'appréciation du Dr L. \_\_\_\_\_ de février 2010 était que la capacité de travail était nulle du 8 juin au 27 juin 2009 puis de 50%. Monsieur P. \_\_\_\_\_ avait repris son travail à 50% à partir du 29 juin 2009 et ceci jusqu'à son hospitalisation en Orthopédie à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ pour prothèse de hanche en mai 2010. Vu que l'opération de la hanche n'a pas amené d'amélioration fonctionnelle et qu'elle s'est même compliquée d'un pied tombant qui n'a fait qu'aggraver lesdites limitations, et ceci malgré le port d'une orthèse, il faut considérer que l'incapacité de travail a à nouveau été totale dans quelque activité que ce soit depuis le 27 mai 2010 et ce jusqu'au 30 novembre 2010, soit environ 5 mois après l'intervention. Dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010, où il y a eu dans les faits une reprise

d'activité à 30%, il faut considérer qu'il y a une incapacité de travail de 70% au moins dans une activité d'aide cuisinier.

Notre appréciation quant aux limitations fonctionnelles dans l'activité d'aide cuisinier, comme dans une activité sédentaire adaptée est valable rétrospectivement depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2010 (date où Monsieur P. \_\_\_\_\_ a dans les faits repris son travail).

A partir du 8 juin 2009, date de la chute sur les fesses, la capacité de travail a été diminuée d'au moins 25%. Auparavant Monsieur P. \_\_\_\_\_ travaillait à 100%.

- *Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

Cf. réponse à la question précédente.

- *Pronostic (de la capacité de travail) ?*

Le pronostic quant au maintien d'une capacité de travail, même de 30%, dans l'activité d'aide de cuisine, nous paraît réservé. Les lésions dégénératives vont s'aggraver au cours du temps et au vu de l'histoire médicale de Monsieur P. \_\_\_\_\_, l'indication à une éventuelle nouvelle intervention chirurgicale, en particulier de la hanche droite, devrait être considérée avec prudence et après un avis orthopédique particulièrement spécialisé comme proposé par le Dr L. \_\_\_\_\_.

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ?*

[ ] oui [ x ] non

Cf. réponse à la question précédente. En ce qui concerne les atteintes neurologiques, celles-ci sont séquellaires et ne s'amélioreront pas au cours du temps.

- *Si oui, ce traitement médical est-il, du point de vue médical, exigible de l'assuré ?*

Il n'y a pas de traitement spécifique permettant d'en attendre une amélioration de la capacité de travail.

- *Si non, pour quelles raisons ?*

Cette question tombe.

- *Quelle capacité de travail peut-on espérer par la suite ?*

Inchangée au mieux, voire incapacité de travail totale dans l'activité d'aide cuisinier.

- *L'assuré est-il/elle d'accord avec ce traitement ?*

[ ] oui [ ] non (si non, pour quelles raisons)

Il n'y a pas de traitement spécifique à proposer. Ce n'est pas par manque de collaboration ou de compliance de l'expertisé que les pathologies orthopédiques ne peuvent être améliorées.

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel ?*

[ x ] oui [ ] non (si non, pour quelles raisons)

Si l'on tient compte d'une profession adaptée comme il sera décrit plus bas.

- *Un reclassement professionnel est-il judicieux?*

[ ] oui [ ] non

Si oui, quel(s) point(s) le conseiller devrait-il prendre en considération ?

Etant donné que l'activité d'aide cuisinier ne paraît pas adaptée aux limitations fonctionnelles décrites, et même si c'est dans cette profession que Monsieur P.\_\_\_\_\_ met en valeur au mieux selon lui sa capacité de travail résiduelle, il faudrait envisager avec lui les possibilités de reclassement professionnel.

Il faudrait être conscient dans le cadre d'une reconversion professionnelle, que cela obligerait Monsieur P.\_\_\_\_\_ à renoncer au travail qu'il arrive encore tout juste à effectuer (avec une baisse de rendement probable), mais dans lequel il paraît assez à l'aise selon l'anamnèse. Il est vrai aussi que l'expertisé travaille depuis plus de 10 ans pour le même employeur et que le reclassement dans une nouvelle profession apporterait de l'insécurité et du stress. Néanmoins, nous n'avons pas d'évidence d'atteinte psychique chez Monsieur P.\_\_\_\_\_, notamment de trouble de la personnalité ou de trouble thymique, malgré la sévérité des atteintes physiques, qui limiterait en théorie l'exigibilité quant à une reconversion professionnelle.

- *Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé (préciser ce qui convient):*

[ x ] Position de travail (debout, assis, etc.) : limitation dans l'aisance pour les déplacements quels qu'ils soient. Nécessité de porter des orthèses aux chevilles. Flexion restreinte de la hanche droite, ankylose-blocage de la cheville gauche. Douleurs-tendinopathie de l'épaule droite qui limitent les activités avec les bras au-delà de 45° de hauteur. Nécessité, même en cas de travail assis, de se lever au moins toutes les heures voire toutes les demi-heures. Nécessité d'améliorer la station assise avec un siège adapté de type orthèse de hanche.

[ x ] Horaire : [ ] à plein temps [ ] à mi-temps [ ] autres : en cas d'horaire à plein temps, il faudrait tenir compte d'un

rendement diminué de 50% qui correspondrait aux gênes fonctionnelles liées à tout type de déplacement. Si la station assise peut se faire dans une position optimale comme décrite par le Dr L. \_\_\_\_\_, on peut imaginer un rendement de 100%, mais dans une activité qui occuperait un 50% d'un temps de travail normal.

Port de charges:

Travaux lourds:

Marche:

Nuisances diverses: bruit, poussières, etc. :

Conditions de travail (milieu ouvert, protégé):

Niveau de formation:

Capacité d'apprendre:

Motivation:

Autres:

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des moyens auxiliaires ?*

oui  non

Si oui, lesquels ?

Un siège adapté comme proposé par le Dr L. \_\_\_\_\_ et continuer de porter des orthèses aux chevilles. Mais cela n'améliorerait pas la situation par rapport à l'évaluation actuelle.

- *Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté ?*

50%

- *Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?*

Depuis la reprise de travail, c'est-à-dire le 1<sup>er</sup> décembre 2010.

### **Réponse aux questions de l'avocat**

1. *Monsieur P. \_\_\_\_\_ présente-t-il une incapacité de travail ?*

Oui, cf. plus haut.

2. *Si oui, à quel taux peut être évaluée cette incapacité de travail et dans quel type d'activité ?*

70% d'incapacité de travail dans la profession d'aide cuisinier.  
50% d'incapacité de travail dans une autre activité plus sédentaire.

3. *Quelle est la capacité de travail exigible de Monsieur P. \_\_\_\_\_ dans une activité adaptée à son état de santé ?*

50%.

4. *Quelles limitations fonctionnelles présente Monsieur P.\_\_\_\_\_ ?*

Cf. réponse plus haut.

5. *Quel pronostic peut être posé pour l'avenir concernant l'incapacité de travail de Monsieur P.\_\_\_\_\_ et son état de santé général ?*

Le pronostic est réservé compte tenu des handicaps multiples, et en particulier de la durée de vie limitée des prothèses de hanches. Seul un travail adapté, c'est-à-dire assis avec déplacements occasionnels, pourra être à même de maintenir à terme la capacité de travail de Monsieur P.\_\_\_\_\_. Un travail debout est inadapté.

- 6 *L'incapacité de travail dont souffre Monsieur P.\_\_\_\_\_ est-elle en lien de causalité avec l'accident de moto dont il a été victime et la mise en place d'une prothèse totale de la hanche droite ?*

L'incapacité de travail dont souffre Monsieur P.\_\_\_\_\_ est liée aux séquelles de son accident de moto. La mise en place de la prothèse totale de la hanche droite est en lien de causalité naturelle hautement probable à certaine avec son accident de moto et ses suites.

*Autres remarques :*

Nous rejoignons l'avis du Docteur T.\_\_\_\_\_ qui parlait en 2011 d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Compte tenu de l'importance des limitations fonctionnelles au status orthopédique, l'appréciation du Dr D.\_\_\_\_\_ en juin 2011 nous paraît trop optimiste (et ne tient pas compte des importantes difficultés que rencontre Monsieur P.\_\_\_\_\_ dans tous ses déplacements hors du domicile, et même pour l'accomplissement des gestes simples de la vie quotidienne tels que l'habillage, le fait de se chausser etc.). Le docteur D.\_\_\_\_\_ évoquait en théorie une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. »

Le 28 janvier 2015, l'office intimé a transmis sa prise de position, à laquelle était joint un avis médical de son SMR du 12 janvier précédent, dans lequel le Dr A.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR et spécialiste en anesthésiologie, retenait ce qui suit :

« L'expertise trace de façon très détaillée les événements médico-juridiques de ce dossier complexe. Nous en résumons les grandes lignes et nous rappelons que l'assuré, âgé de 39 ans, cuisinier sans formation, a présenté des séquelles neurologiques périphériques (atteinte du nerf sciatique gauche prédominant sur les fibres du SPE

[sciatique poplitée externe, réd.]) d'un grave accident de la voie publique survenu le 13 mai 1994. L'activité d'aide cuisinier a pu être reprise à plein temps dès 1998.

Après une chute de sa hauteur survenue le 8 juin 2009, l'assuré présente des douleurs à la hanche droite qui ont justifié la pose d'une prothèse totale de hanche en juin 2010 ; cette intervention se complique d'une atteinte sciatique avec parésie du PSE droit [sic].

La situation est palliée avec antalgiques et port de chaussures orthopédiques et est compatible avec la reprise de l'activité habituelle d'aide cuisinier à 30% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010, alors qu'une capacité de travail [CT] entière est reconnue dans une activité adaptée (avis SMR du 8 mars 2012).

Avec ces éléments, l'OAI retient un degré d'invalidité de 10,02% n'ouvrant pas le droit aux prestations (projet de décision du 26 novembre 2012) ce qui est contesté par l'assuré le 18 janvier 2013 et par Me J. Vuadens, représentant légal de l'assuré, appuyé par le rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_, orthopédiste, du 8 avril 2014 qui atteste une capacité de travail de 30% en toute activité.

Dans sa décision du 1<sup>er</sup> juillet 2013, l'OAI maintient la position formulée dans le projet car les éléments fournis par le Dr G.\_\_\_\_\_ se réfèrent à un état de santé postérieur à la période querellée.

#### Actuellement

Nous avons reçu le rapport d'expertise judiciaire demandée pour éclaircir cette situation. Il contient un volet neurologique daté du 24 novembre 2014 du Dr K.\_\_\_\_\_, un volet orthopédique daté du 25 novembre 2014 du Dr L.\_\_\_\_\_ et l'appréciation de synthèse des Dresses F.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, médecine interne.

Diagnostics retenus : cf. p. 20

Evolution de la CT dans l'activité habituelle :                      dans une activité adaptée :

dès le 8 juin 2009	0%	0%
dès le 29 juin 2009	50%	100%
dès le 27 mai 2010	100% (mise en place de la PTH droite)	0%
dès le 1 <sup>er</sup> décembre 2010	30%	50%

Limitations fonctionnelles (LF) dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 : *membres inférieurs* : activité en position assise, semi-assise avec déplacements occasionnels. Evaluer l'efficacité d'un siège adapté (ankylose de la hanche à 40-50%). *Membres supérieurs* : bras à 45° de hauteur (tendinopathie du sus-épineux droit).

#### **Conclusions et réponses aux questions** :

Les experts se positionnent par rapport à la possibilité de recouvrer une capacité de travail entière dans une activité adaptée attestée par le Dr D.\_\_\_\_\_, orthopédiste traitant, dans son rapport de juin 2011, ce qui est estimé très optimiste.

En effet, il y a péjoration fonctionnelle objective dans les déplacements à la fois professionnels et dans la vie de tous les jours,

la prothèse totale de hanche n'a pas donné les résultats escomptés et les limitations fonctionnelles retenues dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 justifient la capacité de travail de 50% attestée.

L'anamnèse des experts est bien orientée sur l'évolution de l'état de santé et sa compatibilité avec l'exercice d'un travail (reclassement fortement souhaitable), ce qui était le mandat principal de cette évaluation.

Les réponses aux questions sont cohérentes et nous n'avons pas de raisons de nous écarter des conclusions retenues qui changent l'appréciation retenue jusqu'à présent. »

Dans ses déterminations, l'intimé rappelle que, dans la décision attaquée, il avait considéré, sur la base de l'avis du SMR du 8 mars 2012, que la capacité de travail du recourant était, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010, de 30% dans son activité habituelle et de 100% dans un emploi respectant les limitations fonctionnelles retenues alors, à savoir une rigidité de la hanche droite et une paralysie des releveurs du pied droit. Toutefois, le Dr A.\_\_\_\_\_ relève que les experts se sont déterminés sur la possibilité de recouvrer une pleine aptitude au travail dans une activité adaptée, telle qu'attestée par le Dr D.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 juin 2011, recouvrement jugé « très optimiste » par les experts. Ils constatent en effet une péjoration objective dans les déplacements professionnels ou dans la vie de tous les jours, la pose de la prothèse de hanche n'ayant pas donné les résultats escomptés. En conséquence, l'office intimé est d'avis qu'il se justifie d'arrêter la capacité de travail du recourant à un taux de 30% dans son poste d'aide-cuisinier et de 50% à mettre en valeur dans une activité respectant les limites physiques énoncées par les experts et ce à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2010, date retenue par ces derniers.

S'exprimant par écriture du 2 mars 2015, le recourant indique ne pas avoir de remarques particulières à formuler à propos du rapport d'expertise judiciaire du 16 décembre 2014. Il se borne à faire remarquer qu'il ressort de ce document, ainsi qu'il l'allègue depuis de nombreuses années, qu'il « ne dispose que d'une capacité de travail de 30% au maximum dans son activité d'aide-cuisinier ». Il ajoute que « [l']expert a relevé qu'une incapacité de travail de 50% pouvait être établie dans une autre activité plus sédentaire, en relevant que seul un travail adapté,

c'est-à-dire assis avec déplacements occasionnels, pourra être à même de maintenir à terme [s]a capacité de travail (...), un travail debout étant inadapté (cf. p. 28 du rapport d'expertise du 16 décembre 2014). » En conséquence, le recourant déclare qu'il ne peut que confirmer les conclusions prises dans son mémoire de recours du 2 septembre 2013.

Un exemplaire de ces déterminations a été remis pour information à l'autorité intimée, qui n'a pas procédé plus avant.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** En l'occurrence, doit être tranchée la question de savoir si l'assuré présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 15 mars 2010.

**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 (première phrase).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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).

**b)** Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C\_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (TF 9C\_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux 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 exprimées par 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 dûment 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 les références ; TF 9C\_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4.** En l'espèce, la situation de l'assuré n'étant pas clairement établie sur le plan médical, en particulier au vu des divergences quant à l'appréciation de la capacité de travail contenue dans les rapports des Drs T.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_, et G.\_\_\_\_\_, le magistrat instructeur a confié au Centre d'expertises R.\_\_\_\_\_ de la Policlinique médicale H.\_\_\_\_\_ le soin de réaliser une expertise judiciaire bidisciplinaire orthopédique et de médecine interne. Ce faisant, il a fait droit à la requête formulée par le recourant dans son mémoire du 2 septembre 2013 ainsi que dans ses écritures ultérieures (réplique du 12 mai 2014 et déterminations du 23 juin suivant).

**a)** Dans leur rapport du 16 décembre 2014, les experts retiennent avec influence essentielle sur la capacité de travail diverses atteintes affectant les membres inférieurs consécutives à l'accident subi en 1994 par l'assuré. Ils diagnostiquent par ailleurs une tendinopathie du

sus-épineux de l'épaule droite (M 75.1). Globalement, l'intéressé présente un handicap orthopédique fonctionnel majeur, correspondant à une évolution dégénérative chronique des traumatismes liés à l'accident de 1994, encore majorés après l'opération totale de hanche en 2010 lors de laquelle est apparu un pied droit tombant. Selon les experts, l'atteinte motrice distale de la jambe droite est extrêmement délétère sur le plan de la démarche, en raison de l'arthrodèse à la cheville gauche qui bloque le déroulement du pas. La marche est donc clairement entravée, particulièrement à pieds nus, mais également avec les chaussures orthopédiques de série. De manière claire et objective, les experts constatent une péjoration fonctionnelle dans les déplacements professionnels, mais également dans ceux de la vie de tous les jours. La prothèse de la hanche droite n'a pas non plus permis une amélioration de la position assise, puisque la flexion n'a pas été améliorée. Toujours limitée à 50°, elle le gêne dans la position assise et ne lui permet pas, par exemple, d'attacher ses souliers. Il y a donc toujours un handicap en position assise. Ainsi même si les douleurs à la hanche droite se sont quelque peu améliorées après l'intervention du mois de mai 2010, il n'y a pas eu de gain fonctionnel significatif. Par ailleurs, tant d'un point de vue neurologique qu'orthopédique, les séquelles du pied droit sont définitives. En revanche, les experts ne notent pas de séquelle fonctionnelle significative des fractures des avant-bras et de la main gauche consécutives à l'accident de 1994. Le seul problème qui n'est pas lié aux suites de ce dernier concerne les douleurs sur tendinopathie de l'épaule droite signalées depuis 2014.

**b)** De ce qui précède, les experts retiennent que, d'un point de vue orthopédique et neurologique, l'assuré présente un handicap fonctionnel majeur qui justifie une capacité de travail n'excédant pas 30% dans son activité d'aide cuisinier, ce qui correspond à son taux de travail dans cette profession au jour de l'expertise. Dans une activité adaptée, c'est-à-dire assise, semi-assise, avec déplacements occasionnels, la gêne fonctionnelle de la hanche droite limite la capacité de travail en raison de sa flexion restreinte. Moyennant un siège de type arthrodèse de hanche dans le cadre d'un poste de travail excluant des activités avec les bras à

plus de 45° de hauteur en raison de la tendinopathie du sus-épineux droit, les experts estiment que la capacité de travail de l'assuré est de 50% au maximum. L'incapacité corrélative de 50% correspond aux gênes fonctionnelles induites par les déplacements. Ils expliquent que, compte tenu de l'importance des limitations fonctionnelles au status orthopédique, la capacité de travail de 100% retenue par le Dr D.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 juin 2011 fait fi des difficultés majeures rencontrées par l'assuré tant dans ses déplacements hors de son domicile que pour l'accomplissement des gestes simples de la vie quotidienne.

**c)** Le rapport des experts du Centre d'expertises R.\_\_\_\_\_ de la Polyclinique médicale H.\_\_\_\_\_ satisfait à tous les critères jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. Fruit d'une analyse approfondie du cas, il rapporte les plaintes exprimées par l'assuré, comporte l'anamnèse circonstanciée de ce dernier et décrit le contexte médical. Reposant sur des examens complets, il contient une appréciation claire de la situation médicale, laquelle débouche sur des conclusions médicales dûment motivées. Celles-ci peuvent donc être suivies. Elles ne sont au demeurant pas contestées par les parties : l'intimé s'y rallie expressément ; quant au recourant, il ne soulève aucune objection à l'encontre de l'appréciation de sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée à son état de santé, telle que formulée par les experts.

**5. a)** Sous l'angle économique, l'assuré ne soulève aucun grief à l'encontre des revenus avec et sans invalidité déterminés par l'office AI. Il ne conteste pas non plus le taux d'abattement de 15% appliqué sur le salaire d'invalidé.

En l'espèce, l'intimé a retenu dans la décision attaquée que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était de 100%, d'où un revenu annuel d'invalidé de 52'635 fr. 95. Or, il apparaît sur la base de l'expertise judiciaire que dite capacité doit être ramenée à 50%, soit un revenu de 26'317 fr. 97. Comparé à un revenu sans invalidité – non contesté – de 58'500 fr, il s'ensuit une perte de gain de 32'182 fr. 03, soit

un degré d'invalidité de 55%, ouvrant le droit à une demi-rente (cf. art. 28 al. 2 LAI).

**b)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Dans la décision dont est recours, l'office AI a retenu que, dans son activité habituelle de cuisinier, l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale du 27 mai 2010 au 30 novembre 2010, puis de 70% à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2010. En l'absence d'amélioration qui aurait été constatée dans l'intervalle, les experts confirment une capacité de travail de 30% dans la profession de cuisinier dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010. Il y a dès lors lieu d'admettre qu'une incapacité de travail de 40% en moyenne a perduré sans discontinuer depuis le mois de mai 2010, plus précisément depuis le 27 mai 2010, date de l'intervention chirurgicale visant à mettre en place une prothèse totale de la hanche à droite. Cette date marque ainsi le début du délai de carence d'une année, lequel échoit par conséquent le 27 mai 2011. Le droit à une demi-rente d'invalidité prend donc naissance le 1<sup>er</sup> mai 2011 (art. 29 al. 3 LAI).

**6.** En définitive, le recours doit être partiellement admis, ce qui entraîne la réforme de la décision entreprise, en ce sens que l'assuré est mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2011.

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

Ayant procédé par l'intermédiaire d'une mandataire professionnelle, le recourant, qui obtient gain de cause dans une large mesure, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de

l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'500 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA et 11 TFJDA [Tarif vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]) lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, 49 al. 1 LPA-VD et 4 al. 2 TFJDA).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 1<sup>er</sup> juillet 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que P.\_\_\_\_\_ est mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2011.
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P.\_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Joëlle Vuadens, avocate (pour P. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :