

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1er février 2016

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Thalmann, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Burnet, avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 et 21 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ;
88a al. 1 RAI**

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1986, a travaillé comme gestionnaire en logistique chez P. _____ SA, où il avait fait son apprentissage terminé le 15 août 2007 et avait un contrat de durée déterminée se terminant le 29 février 2008 puisqu'il devait commencer alors son école de recrue.

Le vendredi 29 février 2008, au volant de son véhicule, l'assuré a été victime d'un grave accident de circulation alors qu'il rentrait vers 6 heures du matin d'une soirée avec des amis. Fatigué (il avait travaillé toute la journée la veille) et ivre (taux d'alcoolémie de 1.02‰), il a perdu la maîtrise de son véhicule et a heurté une voiture venant normalement en sens inverse. Il a été hélicoptéré au Centre hospitalier N. _____.

Dans un rapport du 19 mars 2008, les Drs V. _____, M. _____, tous deux spécialistes en anesthésiologie et soins intensifs, et F. _____, respectivement médecin adjoint, cheffe de clinique adjointe et médecin assistant au Service de médecine intensive adulte du Centre hospitalier N. _____, dans lequel l'assuré a séjourné du 29 février 2008 au 9 mars 2008, date de son transfert aux soins continus du Service de neurochirurgie, ont posé les diagnostics suivants :

« Diagnostic principal

- Polytraumatisme sur accident de la voie publique avec un traumatisme crânio-cérébral sévère

Diagnostic(s) secondaire(s)

- Traumatisme crânio-cérébral sévère (Glasgow coma scale initial 3) avec hémorragie intraventriculaire
- Fracture mandibulaire gauche et droite
- Fracture diaphysaire du fémur gauche
- Fracture cubitale proximale gauche
- Pneumothorax droit sur fractures costales; décollement pleural apical gauche
- Fractures costales latérales droites (3-7), et gauches (3-10)

- Fracture de l'apophyse transverse gauche L1; spondylolyse isthmique bilatérale L5-S1
- Fracture du dôme splénique grade II sans saignement actif
- Lacération du segment IV du foie ».

Ce rapport a en outre la teneur suivante :

« **Discussion, évolution et traitement**

Monsieur D. _____ est un patient de 20 ans en bonne santé habituelle admis aux soins intensifs le 29.02.08 pour un accident de la voie publique avec un traumatisme crânio-cérébral sévère (Glasgow coma scale à 3/15 sur site). A l'admission, le patient présente une hémorragie intraventriculaire latérale gauche qui bénéficie de la pose d'un capteur de PIC [pression intracrânienne] et d'une DVE [dérivation ventriculaire externe] ; une fracture mandibulaire bilatérale instable qui est traitée par une ostéosynthèse et la pose d'une trachéostomie ainsi qu'une fracture de la diaphyse fémorale et du cubitus à gauche traitées par réduction et ostéosynthèse. De plus, le patient présente plusieurs fractures costales à gauche (3-10) et à D [droite] (3-7) associé à un pneumothorax droit nécessitant la pose d'un drain thoracique. Finalement, on note au niveau abdominal une lacération du segment IV du foie et une fracture grade II du dôme de la rate sans saignement actif.

Sur le plan neurologique : le réveil est lent mais l'évolution est favorable avec un retrait du capteur de PIC et de la DVE le 05.03.08. En raison de l'apparition d'une anisocorie transitoire avec mydriase droite, nous effectuons un angio-CT [angioscanner] cérébral le 06.03.08 qui ne montre pas de dissection carotidienne. L'hémorragie ventriculaire est quant à elle stable. Le status neurologique est actuellement normal à l'exception d'une désorientation et d'une confusion fluctuante. Le patient a été évalué par le Dr S. _____ de la neuroréadaptation qui prévoit une réhabilitation à la SUVA [Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents].

Au niveau respiratoire : l'évolution est favorable. Nos collègues de la chirurgie maxillo-faciale mettent en place une canule fenestrée le 05.03.08. Nous effectuons un CT-scan [scanographie] thoraco-abdominal le 06.03.08 à la recherche d'un foyer infectieux, qui met en évidence des épanchements pleuraux bilatéraux associé à une condensation basale droite. Le patient bénéficie de physiothérapie respiratoire par CPAP [pression positive continue dans les voies aériennes]. Le drain thoracique droit est retiré le 06.03.08 sans problème.

Sur le plan abdominal : le CT-scan du 06.03.08 ne montre pas de liquide libre ni d'aggravation des lésions du foie et de la rate. Le patient est jusqu'à présent alimenté par une nutrition entérale. Le patient ne présente pas de fausse-route à la déglutition mais devra être évalué formellement par la logopédiste.

Sur le plan traumatologique : les fractures de la mâchoire sont suivies par nos collègues de la chirurgie maxillo-faciale. Pour la fracture du fémur gauche, le patient est maintenu par une attelle

velcro. Le bilan a été complété par un CT-scan du genou gauche le 05.03.08, qui a mis en évidence une fracture non déplacée des bords interne et externe de la rotule ainsi qu'une fracture non déplacée du condyle fémoral interne gauche. Pour la fracture du cubitus gauche, le bras est immobilisé par un BAB [bachioantébrachial] pendant 1 semaine avant de passer à une attelle amovible pendant 4 semaines en tout, en fonction de la douleur. Nous vous laissons le soin de débiter la physiothérapie.

Sur le plan infectieux : M. D._____ bénéficie d'une prophylaxie par Augmentin jusqu'au 05.03.08, date à partir de laquelle nous changeons en faveur du Méronem en raison d'une persistance de l'état fébrile. Le CT-scan du 06.03.08 et la présence de sécrétions bronchiques purulentes motivent une bronchoscopie le 06.03.08 qui met en évidence un bouchon muqueux au départ de la bronche lobaire inférieure gauche avec des signes d'inflammation au niveau de l'arbre bronchique droit. Les cultures de l'aspiration bronchique sont en cours ; aucun germe n'a été identifié au Gram. ».

Le 21 avril 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 28 mai 2008, le Dr S._____, chef de clinique au service de neuropsychologie du Centre hospitalier N._____ et spécialiste en médecine physique et réadaptation, a confirmé les diagnostics ci-dessus et expliqué que compte-tenu du réveil de l'assuré, la trachéotomie pouvait être sevrée et l'intéressé admis dans le service de neuroréhabilitation le 31 mars 2008 pour une neuroréhabilitation interprofessionnelle. Ce praticien a précisé que depuis son admission, l'assuré avait fait de bons progrès bien qu'il existait des troubles cognitifs, dont une anosognosie. Quant au pronostic, le Dr S._____ a écrit qu'il n'était pas certain que son patient normalisait l'entier de ses performances cognitives et que même si cela devait être le cas, il risquait de garder une certaine fatigabilité des suites de son traumatisme crânio-cérébral (TCC). S'agissant des restrictions relatives à son activité professionnelle, il a fait état de troubles cognitifs ne permettant pas à l'intéressé de s'occuper de ses tâches de logisticien (troubles de l'organisation, de planification, de mémoire et attentionnels).

Par téléphone du 30 mai 2008, le Dr S._____ a informé la SUVA, assureur-accidents de l'assuré, qu'une tentative de reprise du

travail dans l'entreprise P. _____ SA allait se faire dès le lundi suivant raison de 3 heures tous les lundis, dite reprise étant une phase de transition pour l'assuré et devant lui servir à prendre conscience dans une certaine mesure de ses limitations. Selon un téléphone du père de l'intéressé du même jour, cette reprise n'avait aucun but de productivité ; elle tendait à le remettre face à ses difficultés.

Au cours d'un entretien du 11 juillet 2008 avec une collaboratrice de la SUVA, l'assuré a déclaré ressentir une très forte fatigabilité et se sentir diminué. Sur le plan physique, il estimait avoir récupéré entre 80 à 90% de ses capacités.

L'assuré a séjourné du 2 septembre au 15 octobre 2008 à la Clinique B. _____, dont l'avis de sortie du 15 octobre 2008 fait état des diagnostics suivants :

« Polytraumatisme sur AVP [accident sur la voie publique] le 29.02.2008 avec :

- **TCC sévère avec hémorragie intra-ventriculaire latérale gauche, pose de PIC et DVE**
- **Fracture mandibulaire ddc [des deux côtés] ouverte, ostéosynthésée le 29.02.2008**
- **Avulsion des dents 2.1 et 2.2**
- **Fracture diaphysaire du fémur gauche avec réduction fermée et ostéosynthèse le 29.02.2008**
- **Plaie médiale du genou gauche avec boursotomie, arthrotomie, petit arrachement osseux au niveau du bord interne de la rotule et suspicion de fragment ostéochondral au niveau du condyle interne vu secondairement sur la scopie, avec bursectomie subtotale, ostéosuture du fragment osseux du bord fibre de la rotule, mise en place d'un clou de Steinmann transcondylien du fémur gauche.**
- **Fracture de l'olécrane gauche ouverte (type Gustilo I) avec réduction ouverte et ostéosynthèse le 29.02.2008.**
- **Pneumothorax droit sur fracture costale ; décollement pleural apical gauche.**
- **Fracture costale latérale droite (III à VII) et gauche (III à X)**
- **Fracture de l'apophyse transverse gauche L1 ; fracture de l'apophyse épineuse D5-D9 ».**

Le rapport de la Clinique B. _____ du 27 octobre 2008 établi par les Dr U. _____, H. _____, tous deux spécialistes en neurologie, et

E. _____, respectivement médecin associé, chef de service et médecin assistant au service de réadaptation neurologique, se termine ainsi :

« LISTE DES PROBLEMES ET DISCUSSION

Il s'agit d'un patient de 21 ans, victime, le 29.02.2008, d'un grave accident de circulation, à l'occasion duquel il subit des traumatismes multiples, tels que mentionnés ci-dessus, et notamment un traumatisme craniocérébral sévère, avec amnésie post-traumatique de 22 jours. L'évolution est néanmoins favorable, notamment sur le plan orthopédique.

Par rapport à l'atteinte neuropsychologique, il persiste actuellement des séquelles relativement importantes, et c'est dans ce contexte que le patient nous est adressé pour évaluation et réadaptation professionnelle.

Considérant l'atteinte cognitive, un bilan et un traitement neuropsychologiques ont été effectués. Durant le séjour, nous avons constaté une amélioration des fonctions attentionnelles, exécutive[s] et de la nosognosie. Cette dernière reste cependant très partielle, de telle sorte qu'il n'est pas capable d'élaborer sans aide un projet professionnel réaliste et adapté à ses déficits. On note par ailleurs toujours des troubles exécutifs, mnésiques et attentionnels, avec notamment une atteinte importante de la mémoire de rappel.

Dans ce sens, une nouvelle formation professionnelle avec un apprentissage présente des risques d'échec importants. C'est dans ce cadre que nous avons tenté plutôt d'orienter le patient vers une réinsertion dans son ancienne profession. Des tests ont été réalisés en atelier et en milieu professionnel durant le séjour. Les résultats ont été positifs et nous avons encouragé le patient à poursuivre ses démarches sur cette voie. Cependant, son ancien employeur n'a pas pu lui fournir un nouvel engagement. Sur la base de l'évaluation en ateliers professionnels, une capacité théorique de 50 % a donc été fixée pour le 26.11.2008, et M. D. _____ est prié de se présenter (sic) au bureau de chômage pour une recherche d'emploi. Considérant l'atteinte neuropsychologique séquellaire, une aide sera nécessaire, assumée par son case-manager de la Suva. De plus, un contrôle précoce à ma consultation et auprès de notre service de neuropsychologie a été organisé, avec l'objectif de vérifier le bon déroulement de cette réinsertion.

Par ailleurs, nous avons voulu vérifier l'absence de comorbidité psychiatrique par un examen spécialisé, réalisé par le Dr [...], le 08.09.2008. Ce dernier retient un tableau clinique rassurant, sans psychopathologie notoire, notamment sur le plan affectif. Aucune proposition spécifique n'a donc été nécessaire.

Par ailleurs, le patient a été pris en charge en physiothérapie, avec l'objectif d'un renforcement global et d'un reconditionnement, et de mesures antalgiques pour le genou gauche et le coude gauche. Certains progrès ont été obtenus durant le séjour, et aucune proposition de traitement ambulatoire n'a été nécessaire.

Une prise en charge a aussi été réalisée en ergothérapie, avec les objectifs d'améliorer la dextérité manuelle à gauche, d'améliorer les performances dans les tâches nécessitant attention et concentration, et les tâches complexes. Dans ce cadre, le patient a pu retrouver une conscience partielle de ses difficultés, notamment par rapport à ses projets professionnels trop ambitieux. Il reste néanmoins autonome dans les activités de la vie quotidienne, et la dextérité a été quelque peu améliorée durant le séjour. Aucun suivi ergothérapeutique ambulatoire n'a été nécessaire.

En conclusion, M. D._____ a été victime d'un traumatisme craniocérébral très sévère, dont l'évolution a néanmoins été largement favorable. Il persiste cependant des séquelles neuropsychologiques, relativement marquées, avec une problématique aggravée par une anosognosie partielle. Néanmoins, une réinsertion professionnelle progressive est actuellement possible, dans l'ancienne profession du patient. Durant le séjour, le patient a pu prendre conscience au moins partiellement de ses difficultés cognitives, et il adhère au projet au moment de la sortie. La situation reste néanmoins fragile, et un suivi serré sera nécessaire, assumé par son case-manager à la Suva, avec notre aide. Un prochain contrôle le 28.11.2008 a ainsi été prévu à la consultation du Dr U._____.

INCAPACITE DE TRAVAIL

- 100 % du 02.09.2008 au 15.11.2008.
- 50 % du 16.11.2008 au 15.12.2008. ».

D'après un entretien du 3 novembre 2008 avec une collaboratrice de la SUVA, l'assuré avait débuté de son propre chef un cours préparatoire à la maturité professionnelle à [...]. Ce module était prévu sur 20 samedis matin de 8 à 12 heures. L'intéressé a relevé que 4 heures d'études étaient astreignantes.

Dans le compte rendu d'une consultation neurologique du 28 novembre 2008, le Dr U._____ a expliqué que l'assuré présentait une très bonne évolution au moins sur le plan physique. Dans ce sens, les mesures de physiothérapie et ergothérapie pouvaient être suspendues. Il a exposé que les séquelles restaient essentiellement neuropsychologiques avec au premier plan une atteinte des fonctions exécutives, que des troubles de la planification étaient notamment présents et que l'assuré avait beaucoup de peine à élaborer des projets professionnels réalistes mais pouvait néanmoins être canalisé. Ce document mentionne également ce qui suit :

« La consultation a été suivie d'une réunion pluridisciplinaire, en présence du patient et de ses parents, du neuropsychologue, de représentants des ateliers professionnels, de son case-manager Mme [...] et de notre coordinatrice de l'office AI. Il ressort de cet entretien que la réinsertion professionnelle dans l'ancienne activité peut se faire, mais qu'une aide de l'AI dans le sens d'un réentraînement (phase II) est hautement souhaitée. Des démarches sont entreprises afin d'accélérer la gestion du cas par l'office AI du canton de Vaud, avec une issue favorable. Dans l'intervalle, le maintien des mesures en cours (ORP [Office régional de placement], [...], [...]) doit être maintenu, avec l'aide de Mme [...]. ».

Une I.R.M. (imagerie par résonance magnétique) pratiquée le 8 janvier 2009 a permis de conclure à une lésion ostéo-cartilagineuse de grade IV du condyle fémoral interne sur la zone de charge avec formation de géode souschondrale, à une déchirure du faisceau postéro-latéral du ligament croisé antérieur et à une déchirure sur la partie moyenne du ligament croisé postérieur.

Le 11 février 2009, le Dr U. _____ conclut un rapport comme suit :

« **Discussion**

L'évolution sur le plan neurologique et neuropsychologique est globalement satisfaisante. Il y a actuellement peu de progrès, notamment par rapport aux fonctions cognitives, mais le point positif est constitué par une prise de conscience des difficultés (diminution de l'anosognosie) et une attitude plus raisonnable du patient. Il reste cependant très passif vis-à-vis de la prise en charge, et ce non seulement de ses problèmes de santé, mais aussi des mesures nécessaires pour la planification de son avenir personnel et professionnel. J'ai donné une mise en garde sur ces aspects et émis quelques propositions de changements.

Il faut encourager la poursuite des cours du samedi, même si les chances de succès me paraissent bien minces, appréciation renforcée par les résultats des tests neuropsychologiques. Dans ce sens, le recours à un répétiteur pourrait s'avérer aussi intéressant, fournissant un entraînement spécifique. Je doute par contre que la reprise d'un traitement neuropsychologique hebdomadaire puisse influencer de façon importante le tableau et je propose momentanément d'y renoncer, en gardant des contacts téléphoniques réguliers auprès de notre service de neuropsychologie.

Considérant la gravité du traumatisme crânio-cérébral, il faut reconnaître que la situation est très fragile, avec une irritabilité, parfois des écarts comportementaux, et des réactions impulsives, qui pourraient devenir problématiques avec le temps. Dans le même

sens, la gestion des finances devra être surveillée. Pour cette raison, je recommande vivement que toutes les mesures soient prises pour que la réinsertion professionnelle puisse se faire **aussi vite que possible**, craignant dans le cas contraire que la situation ne se chronifie et qu'un retour au travail ne soit plus possible. Dans ce sens, j'encourage à ce que l'intervention orthopédique planifiée soit réalisée au plus vite, afin que les phases de réinsertion puissent être entreprises dans les meilleurs délais.

Avec votre accord, je souhaite dans ce contexte revoir le patient en contrôle d'ici 3 mois, me tenant dans l'intervalle à votre disposition.

A noter que le patient présente une anosmie, ou au mieux une hyposmie sévère. Dans ce sens, il faudra garder à l'esprit dans la réinsertion professionnelle que les métiers impliquant un travail avec des produits volatiles pouvant présenter un risque pour la santé doivent être évités. ».

Dans un rapport du 25 mars 2009, le Dr S. _____ explique ce qui suit :

« **Appréciation :**

Monsieur D. _____ et ses parents nous consultent car ils souhaiteraient bénéficier d'un suivi plus proche que celui entrepris ces derniers mois à la SUVA. Il était d'ailleurs prévu que le patient reprenne rendez-vous à notre consultation à la suite de son hospitalisation à la Clinique B. _____-SUVA.

Monsieur D. _____ est donc à un peu plus d'une année de son polytraumatisme, duquel il garde des troubles cognitifs (attention divisée, exécutifs, mnésiques et anosognosie partielle) ainsi que moteurs, avec une double déchirure des ligaments croisés du genou G [gauche], qui seront opérés le 28.05.2009. Depuis début 2009, il présente aussi des douleurs de la hanche G.

Sur ce plan, l'examen de ce jour montre des douleurs essentiellement à l'émergence proximale du clou T2 endoméduleaire fémorale G, évoquant comme origine une irritation des parties molles par l'extrémité proximale du clou, voire une bursite locale. Une radiographie sera effectuée vendredi et nous estimons qu'il sera probablement souhaitable d'enlever prochainement ce clou, pour réduire ou faire disparaître les douleurs.

En ce qui concerne la conduite automobile, de part (sic) les troubles de l'attention divisée, apparemment relativement marqués dans la vie quotidienne, nous sommes défavorables à la reprise de celle-ci. Le patient préfère d'ailleurs utiliser les transports publics.

Sur le plan professionnel, Monsieur D. _____ souhaite débiter une maturité professionnelle, dans laquelle il nous paraît toutefois avoir peu de chance d'aboutir, au vu des troubles cognitifs susmentionnés. Néanmoins, nous le laissons se présenter à l'examen d'admission et discuterons avec lui des suites à donner.

Nous le reverrons à notre consultation le 10.07.2009. D'ici là, son incapacité reste complète. ».

Par décision du 29 avril 2009, la SUVA a informé l'assuré qu'elle réduirait les prestations en espèces de 20%, l'accident subi étant en relation avec sa consommation d'alcool.

Dans un rapport du 16 juin 2009, les Drs T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et L._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant au service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier N._____, posent le diagnostic de status après fracture diaphysaire du fémur gauche et de rupture du ligament croisé antérieur et du ligament croisé postérieur du genou gauche, précisant que l'assuré avait séjourné à l'Hôpital [...] du 28 mai au 9 juin 2009.

Lors d'un entretien du 30 juin 2009 avec un collaborateur de la SUVA, l'assuré a expliqué qu'il avait réussi l'examen d'admission aux cours pour l'obtention d'une maturité fédérale. Il s'agissait de cours du soir qui devaient commencer le 24 août 2009. Il était prévu que l'intéressé suive les cours à 50% sur une période de 2 ans alors que ceux-ci durent normalement une année. Les examens devaient être également répartis sur les 2 années. L'assuré visait l'obtention d'une maturité professionnelle dans le but de s'inscrire ensuite à une école de physiothérapie. Il savait que le chemin était long et qu'il ne serait pas simple mais il voulait essayer.

Dans un rapport du 12 août 2009, le Dr U._____ relatait que depuis « une réinsertion professionnelle en 2008 » jusqu'à sa dernière consultation en mai 2009, de discrets progrès avaient été obtenus sur le plan neurologique et neuropsychologique, l'incapacité de travail restant essentiellement liée aux troubles orthopédiques. Ce praticien y joignait un rapport du 12 mai 2009, selon lequel l'assuré a indiqué que depuis la dernière consultation en février, l'évolution était globalement favorable avec notamment une amélioration des capacités de concentration et de mémoire.

Dans un rapport du 17 août 2009, le Dr S. _____ a écrit que le cas n'était pas stabilisé. Il a indiqué que lors de l'évaluation aux ateliers professionnels de la SUVA, une capacité de 50% dans sa profession avait été retenue, mais que la reprise de l'activité à but thérapeutique faite lors du séjour de l'assuré dans le service de neuroréhabilitation avait démontré un rendement extrêmement faible de par la persistance des troubles cognitifs et le besoin de refaire pratiquement tout le travail à double derrière l'intéressé. En conséquence le taux de 50% lui paraissait surévalué. Ce praticien a exposé que les limitations fonctionnelles étaient des troubles exécutifs, attentionnels, mnésiques, nosognosiques et la fatigabilité, qui se manifestaient notamment par une difficulté à l'apprentissage, à la planification, à l'organisation, à l'autocritique et au maintien de tâches soutenues prolongées au-delà de 2 heures. Au vu de ces troubles cognitifs, le Dr S. _____ estimait que la capacité de travail était inférieure à 50% à la condition que l'assuré puisse apprendre une nouvelle profession, ce qui n'était pas acquis au vu de ces troubles. En cas de mesures de réinsertion professionnelle, le taux maximum de présence exigible par jour était d'une demi-journée.

Dans un rapport du 8 octobre 2009, le Dr S. _____ a indiqué que l'assuré avait débuté les cours du gymnase du soir environ un mois auparavant et que cela se passait relativement bien. Il a relevé que l'intéressé devait toutefois réviser les cours durant l'après-midi pour mieux les comprendre et les intégrer et devait dormir 2 heures de plus, si bien qu'il ne serait pas en mesure d'effectuer une activité « professionnelle » à côté.

Lors d'un entretien téléphonique du 22 octobre 2009 avec un collaborateur de la SUVA, l'assuré a confirmé que les cours se déroulaient relativement bien. Comme ils avaient lieu le soir et qu'il ressentait pas mal de fatigue, il dormait un peu plus longtemps le matin avant de se rendre à Lausanne l'après-midi pour réviser avec des collègues. Il ne pouvait alors envisager une activité, même légère, qui viendrait s'ajouter aux cours.

Dans un compte rendu d'entretien du 6 novembre 2009 avec une collaboratrice de la SUVA, l'assuré a indiqué suivre des cours tous les soirs au Gymnase de [...] et que cette formation lui demandait beaucoup d'attention et de concentration.

Le 1^{er} décembre 2009, le Dr X._____, médecin agréé à l'Hôpital [...] et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté que 4 mois après l'opération du genou gauche effectuée le 28 mai 2009, l'évolution était globalement favorable, mais que la situation ne pouvait être considérée comme stabilisée.

Ensuite d'une consultation du 3 février 2010, le Dr S._____ a dressé un rapport le 8 février 2010, qui se termine ainsi :

« M. D._____ évolue favorablement, dans la mesure où les gonalgies G et les douleurs de hanche ont disparus. Il marche dorénavant sans canne, nécessite moins d'heures de sommeil et a réussi son examen de premier semestre au gymnase du soir. Ses cours lui coûtent encore passablement d'effort et le fatiguent, si bien qu'il ne pourrait pas travailler à côté. Actuellement, il est gêné par une vis d'ostéosynthèse cubitale proximale G, qui devrait être enlevée le 01.03.2010.

Il poursuit son parcours d'autonomisation, habitant prochainement seul dans un appartement. Il souhaite aussi reprendre le football dès cet été, vis-à-vis de laquelle activité nous n'avons pas de contraindication stricte à formuler. Nous soulignons néanmoins les éventuels risques pour M. D._____ devant un nouveau TCC et surtout la nécessité de retrouver une bonne condition physique au préalable. ».

Dans un procès-verbal d'un entretien d'une collaboratrice de la SUVA avec l'assuré du 7 juillet 2010, on peut lire que ce dernier avait réussi la première année du gymnase du soir et qu'il avait pu s'organiser différemment, ayant besoin de moins de plages de repos que par le passé : il se réveillait entre 7h30 et 8 heures pour étudier jusqu'à 18h30 puis suivait les cours et se couchait à son retour au domicile vers 22 heures.

Un nouveau rapport du Dr S._____ du 12 juillet 2010 a notamment la teneur suivante :

« **APPRÉCIATION :**

M. D. _____ a passé son examen de 1ère année du Gymnase du Soir. Il lui reste une année à accomplir. Il reste toujours passablement fatigable et accuse des troubles mnésiques ainsi qu'exécutifs. Il ne serait pas en mesure d'accomplir une activité en parallèle. Néanmoins, juste avant les examens, il lui est arrivé de travailler environ de 8 heures à 21 heures environ (sic), moyennant une pause d'environ deux heures à midi.

Bien qu'il lui reste encore une année de Gymnase du Soir à accomplir, je pense utile d'entreprendre déjà des démarches professionnelles d'évaluation de ses capacités. La profession que projette M. D. _____, à savoir infirmier, ne me paraît pas adéquate, dans la mesure où elle solliciterait passablement ses capacités exécutives et mnésiques. S'il souhaite rester dans le domaine des soins, il serait plus adéquat qu'il travaille dans une activité lui permettant de s'occuper d'un patient à la fois ou d'une tâche après l'autre et ceci, de façon relativement "routinière". L'évaluation de ses capacités professionnelles pourraient être réalisées (sic) soit à la Clinique B. _____-SUVA [...], soit dans le cadre d'un stage de l'Al. Dans ce dernier cas, il faudrait l'envisager après la fin de sa deuxième année de Gymnase du soir, compte tenu de la durée d'un tel stage.

Au reste, M. D. _____ semble bien poursuivre son autonomisation, vivant seul en appartement et n'étant aidé que très partiellement par ses parents. Il semble par ailleurs plus conscient de ses limites et de ses capacités.

Comme symptomatologie post commotionnelle, je ne relève essentiellement, qu'une certaine fatigabilité et une légère irritabilité. Dans les autres troubles, l'anosognosie est en légère régression depuis quelques mois. ».

Le 29 septembre 2010, le Dr W. _____, spécialiste en neurologie et chef de clinique à la Clinique B. _____, a établi un rapport ensuite d'un examen du 23 septembre 2010, dont la conclusion est la suivante :

« Le bilan à plus de deux ans et demi post accident de la voie publique avec TCC sévère en plus des diagnostics susmentionnés révèle les faits suivants :

Du point de vue neuropsychologique, on atteste au bilan détaillé actuel (cf annexe) une très légère amélioration de l'anosognosie et des fonctions attentionnelles comparé au dernier examen en mai 2009. Il persiste cependant un déficit de la mémoire modéré à sévère sur le versant exécutif et un fléchissement exécutif.

Les plaintes du patient sont surtout une fatigabilité et des douleurs à la hanche gauche, raison pour laquelle il marche toujours avec une canne à gauche et n'a pas repris d'activité sportive.

Du point de vue neurologique, il persiste un syndrome cortico-spinal aux 4 extrémités à prédominance gauche, léger avec une légère hypertonicité et une hyposmie ddc.

Je n'ai pas de proposition à faire quant à la prise en charge actuelle qui me semble adéquate. Il faudra bien surveiller la poursuite du parcours professionnelle (sic) surtout pour l'apparition des signes d'épuisement chez le patient.

Si le patient souhaite la reconduire (sic), je proposerais cependant un suivi psychologique afin de diminuer ses appréhensions et notamment l'apparition des images de l'accident.

Quant à l'atteinte à l'intégrité, j'estime une atteinte des complications psychiques des lésions cérébrales de degré moyen à grave (70%), une atteinte du sens olfactif de 5%. En additionnant, j'estime l'atteinte à l'intégrité du point de vue neurologique alors à 75%. ».

Ce rapport était accompagné du compte rendu d'un examen neuropsychologique du 23 septembre 2010 pratiqué par la Dresse Q._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, responsable de l'Unité de Neuropsychologie de la Clinique B._____, qui a écrit ce qui suit :

« **CONCLUSION** : Par rapport au dernier examen de février 2009, on relève encore des progrès, au niveau de la nosognosie, et de façon plus modérée au niveau de l'incitation et de l'attention. Il subsiste des troubles mnésiques modérés à sévères (essentiellement de type exécutif), un fléchissement des aptitudes exécutives (difficultés de contrôle et d'inhibition), et des fonctions attentionnelles côtoyant la limite de la norme. A côté de ces données objectives, il est important de considérer la fatigue encore importante rapportée par le patient. Pour le moment, les études entreprises par le patient ne sont pas en échec, mais il faut être conscient que cette réussite n'est possible que grâce à un travail acharné (4h/j de travail personnel pour des cours du soir destinés normalement à être accomplis parallèlement à une activité professionnelle), et au prix d'une fatigue importante et de la réduction des activités sociales. Le risque d'épuisement est réel. »

Le 27 janvier 2011, le Dr S._____ a écrit ce qui suit :

« Depuis la dernière consultation, Monsieur D._____ a été revu en contrôle à la Clinique B._____ -SUVA en septembre 2010. L'examen neuropsychologique montrait alors une amélioration des performances cognitives, en particulier sur les plans nosognosique et, en moindre mesure, exécutif et attentionnel. Il est à relever la persistance de troubles mnésiques modérés à sévères, exécutifs et attentionnels.

Monsieur D._____ a réussi ses examens intermédiaires au gymnase du soir et terminera normalement cette formation en juin 2011. Il compte poursuivre avec une maturité fédérale, sur une année. Dans le cadre des examens, il constate davantage de difficultés lorsqu'il est sous stress, doit choisir parmi diverses idées et les désorganiser, par exemple au sein d'une dissertation.

Ces aspects doivent être intégrés dans le cadre de l'orientation professionnelle. Celle-ci, comme déjà mentionné, devra donc viser plutôt un travail partiellement automatisé, évitant les contraintes temporelles, la gestion des tâches multiples et une fréquente prise de décision.

Dès la reprise des cours en août 2011, Monsieur D._____ compte effectuer un bref stage dans l'enseignement, soit dans une classe d'appui en secondaire.

Je le reverrai à ma consultation le 07.07.2011, puis probablement après qu'il ait commencé ses stages.

Au reste, il n'accuse plus de douleurs à la hanche et continue son autonomisation, effectuant seule sa lessive. Le repassage est encore réalisé par sa mère. ».

Lors d'un entretien du 31 janvier 2011 avec une collaboratrice de la SUVA, l'assuré a expliqué avoir fait part au Dr S._____ qu'il rencontrait des difficultés à structurer son esprit lorsqu'il était soumis au stress et que ce praticien lui avait prescrit des séances d'ergothérapie qui lui permettraient de mieux gérer ces situations. Il a également indiqué avoir réussi ses examens, qu'il terminerait le semestre actuel par des examens finaux (écrits et oraux) au mois de juin et qu'il pensait poursuivre ses études par une année de maturité fédérale qui lui ouvrirait l'accès aux Hautes Écoles Spécialisées. Il envisageait de financer une partie de ses charges et études par de l'enseignement (étude surveillée), des places étant vacantes dans l'établissement scolaire dans lequel son père travaillait à [...].

Le 18 avril 2011, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à l'examen médical final. Son rapport du même jour a notamment la teneur suivante :

« **DIAGNOSTIC :**

Status après polytraumatisme sur AVP le 29.02.2008 avec :

- TCC sévère avec hémorragie intra-ventriculaire, lésions axonales diffuses de grade II, atteinte cortico-spinale discrète prédominant à G, troubles cognitifs sous forme de déficit de

la mémoire, fatigabilité, déficit exécutif et attentionnel et modification du comportement

- Fracture mandibulaire bilatérale traitée par ostéosynthèse
- Fracture diaphysaire du fémur G traitée par réduction fermée et ostéosynthèse associée à des fractures non déplacées intra-articulaires du condyle fémoral interne G et des versants interne et externe de la rotule G avec ruptures des LCA [ligament croisé antérieur] et LCP [ligament croisé postérieur] du genou G (plastie le 28.05.2009).
- Fracture ouverte de l'olécrâne G traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse
- Fractures costales multiples (3 à 7 à D et 3 à 10 à G)
- Fracture des apophyses épineuses de D5 à D9 et fracture de l'apophyse transverse G de L1
- Fracture du dôme splénique de grade II et lacération de segment hépatique IV.

Les comorbidités retenues lors des séjours à la Clinique B. _____ sont :

- Spondylose isthmique L5-S1 bilatérale congénitale
- Fracture de la clavicule D en mai 2004 traitée conservativement
- Luxation antérieure de l'épaule G en mai 2005 avec stabilisation antérieure par réparation capsulo-ligamentaire par arthrotomie de l'épaule G en février 2006
- Status après tonsillectomie dans l'enfance.

APPRECIATION DU CAS :

Nous nous trouvons à plus de 3 ans après le polytraumatisme ayant entraîné les diagnostics susmentionnés.

Lorsque le patient ne fait pas d'activité physique à moyenne ou lourde charge, il ne souffre d'aucune douleur. S'il tente de faire un peu de sport, il ressent rapidement des douleurs au niveau inguinal G, douleurs qui nécessitent la prise d'une dizaine de jours d'AINS et une quinzaine de jours de repos pour disparaître. Le patient est particulièrement gêné par une fatigabilité importante associée à des troubles mnésiques attentionnels et exécutifs.

Objectivement, l'examen ostéo-articulaire met en évidence un léger déficit d'extension et de pronation du coude G, une légère douleur à la flexion forcée de la hanche G, une légère amyotrophie relative de la cuisse G et une légère instabilité postérieure du genou G. Les derniers examens neurologiques et neuropsychologiques ont mis en évidence une hyposmie, un déficit de mémoire modéré à sévère sur le versant exécutif et la persistance d'un fléchissement exécutif, séquellaire de la lésion cérébrale de degré moyen à grave.

La situation est considérée comme stabilisée aussi bien par le patient que par ses différentes thérapeutes.

Du point de vue asséculo-logique, les séquelles neuropsychologiques du patient font que seul un travail partiellement automatisé, évitant les contraintes temporelles, la gestion de tâches multiples et une fréquente prise de décision est exigible. En fonction de la fatigabilité

du patient due à ses séquelles neuropsychologiques, une telle activité n'est exigible actuellement qu'avec un rendement de 50%.

Du point de vue ostéoarticulaire, les séquelles de l'accident font que seules des activités à moyenne et faible charge physique sont exigibles; l'activité de magasinier n'est plus exigible.

Les traitements prescrits pour améliorer les fonctions neuropsychologiques du patient (par exemple ergothérapie) sont à la charge de la SUVA.

L'IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] fait l'objet d'une appréciation séparée. ».

Dans un rapport du 1^{er} juin 2011, le Dr R. _____, spécialiste en chirurgie au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), relève que le Dr S. _____ conclut à une capacité de travail de 50% dans une activité partiellement automatisée, évitant les contraintes temporelles, la gestion de tâches multiples et de fréquentes prises de décision, et qu'il n'a aucune raison de s'écarter de cette appréciation.

Dans une fiche d'examen du 7 juin 2011, la gestionnaire de dossier de l'OAI relève que la capacité de travail est de 50% dans une activité partiellement automatisée, sans contraintes temporelles ni gestion de tâches multiples et prises de décision, et que l'activité habituelle de logisticien n'est plus exigible, ni celle de magasinier.

A l'occasion d'un entretien du 27 juin 2011 avec une collaboratrice de la SUVA, l'assuré a informé celle-ci qu'il avait réussi ses examens de maturité professionnelle en santé sociale et qu'il souhaitait poursuivre ses études par une année de gymnase dans l'optique d'obtenir la maturité fédérale lui permettant l'accès à toutes les facultés universitaires. Il a exposé qu'il reprendrait les cours le matin dès la fin août au gymnase de [...] et aurait les après-midi de libre soit pour étudier, soit pour travailler un peu. Il a encore indiqué que la condition sine qua non pour pouvoir travailler en milieu scolaire comme aide aux études surveillées était d'être au bénéfice d'une maturité. Comme il avait sa maturité professionnelle en poche, il allait démarcher pour trouver une place de travail quelques heures par semaine dès la rentrée scolaire.

Lors d'un entretien avec un collaborateur de l'OAI le 15 novembre 2011, l'assuré a expliqué avoir terminé sa maturité professionnelle en été 2011 (en cours du soir) et avoir entamé ensuite une passerelle pour obtenir une maturité fédérale en an. Toutefois, les cours du matin étant trop fatigants, il devait effectuer une année supplémentaire en cours du soir. L'assuré a encore indiqué qu'avant son accident, il avait le projet de reprendre des études tout en travaillant dans son métier et avait dans ce sens déjà effectué des cours préparatoires pour la maturité professionnelle, relevant qu'il ne faisait aucun doute qu'il ne se serait pas contenté de poursuivre son activité de logisticien.

L'assuré a effectué un stage à l'Office A. _____ du 28 novembre au 23 décembre 2011. Le rapport y relatif du 20 décembre 2011 contient la conclusion suivante :

« En conclusion et au terme de cette expertise, nous observons que M. D. _____ garde de profondes séquelles suite à son grave traumatisme. Bien que démontrant une très grande volonté à se reconstruire, l'assuré n'en reste pas moins accompagné d'un comportement quelque peu particulier et parfois familier. Il donne l'impression d'utiliser consciemment ou inconsciemment son handicap pour faire ce qu'il veut. Avec un discours riche et élaboré, tout en cherchant ses mots, il avance un objectif professionnel orienté essentiellement dans les études pour devenir professeur ou enseignant. Il s'en dit capable. Il semble être en attente d'une aide pour lui permettre de continuer ses études. Nous ne sommes pas certains qu'il se rende compte du travail que cela va engendrer pour obtenir cette maturité fédérale, ni quelles sont les portes qui vont s'ouvrir après avec les difficultés d'un travail multitâches simultanées qu'il n'est pas en mesure d'assumer déjà aujourd'hui. Ce jeune homme qui prétend se fatiguer très rapidement rejette très clairement toute activité professionnelle qui serait axée sur la répétition et qui plus est, dans un environnement bruyant. Il est difficile d'objectiver sur une prétendue fatigue que l'assuré annonce. Il ne présente pas de limitation physique marquée, mis à part un ralentissement généralisé et un manque de dextérité et de synchronisation des mouvements qu'il doit réapprendre à maîtriser au début de chaque activité. Il se pourrait aussi que son comportement pour le moins nonchalant et oppositionnel lui soit dicté par des lésions latentes au cerveau. Quoiqu'il en soit et sauf avis médical circonstancié, nous sommes d'avis que ce monsieur peut être actif la demi-journée comme tout en (sic) chacun. Après un réentraînement et une remise à niveau, nous pensons que son métier de logisticien lui est accessible à la demi-journée et si possible l'après-midi. Une aide au placement est bien entendu nécessaire. Nous sommes toutefois plus modérés sur le projet de l'assuré à continuer les études en direction d'une maturité fédérale comme il le souhaite. Il existe certes des exceptions, mais est-ce

bien dans cette direction que la réinsertion a le plus de chance de réussite pour ce monsieur ? ».

Ce document fait par ailleurs état de la synthèse finale suivante :

« M. D._____ est un polytraumatisé avec une très bonne récupération physique. Son TCC lui laisse cependant des séquelles bien présentes au niveau de la synchronisation des mouvements, de la mémoire et du comportement. Ce dernier est bien particulier et ne colle pas avec une reprise de travail dans un milieu contraignant et productif. L'assuré a pour but de continuer à étudier au prix d'efforts considérables difficilement envisageables avec toutes les contraintes qu'entraînent une maturité fédérale et les perspectives d'emploi qui s'ensuivent. Cependant, si l'assuré met toute sa bonne volonté à vouloir étudier dans un projet de reconversion et d'une reprise d'emploi à 50% du temps, il peut travailler comme tout en (sic) chacun dans des travaux qui le fatigueraient bien moins qu'étudier à longueur de journée, comme son métier de logisticien après une remise à niveau et un réentraînement. ».

Le Dr J._____, médecin-conseil de l'Office A._____ et spécialiste en médecine interne générale et néphrologie, a examiné l'assuré et a rédigé un rapport le 19 décembre 2011, dont la discussion est la suivante :

« M. D._____ est un gestionnaire en logistique CFC de 25 ans. Après son accident de la route du 29.02.2008, il n'a pas repris son travail, mais a tout de même été capable de passer une maturité professionnelle en santé sociale. Maintenant, il prépare une maturité fédérale avec l'objectif ultérieur de travailler dans l'enseignement ou le domaine social. Il attend de l'AI une aide financière pour mener à bien ce projet.

Il a eu un polytraumatisme avec TCC sévère, dont il garde des troubles de mémoire et de concentration, une fatigabilité et de discrets troubles de comportement sous forme de désinhibition et logorrhée.

A l'atelier, M. D._____ exécute les tâches confiées, mais sans enthousiasme, car les travaux répétitifs ne l'intéressent pas. Il est lent, peu habile de ses mains, mais ne montre pas de limitation physique. Il est nonchalant, observe de nombreuses pauses, marche un peu. Son rythme est lent, irrégulier et ses performances assez médiocres quantitativement et qualitativement. Il est souvent à faire autre chose que le travail demandé, comme lire des revues de philosophie ou du Sartre, écouter de la musique (bien qu'en même temps, il se dise incommodé par le bruit). Il a par contre été intéressé par un travail plus intellectuel de composition de modes d'emploi de puzzle, est revenu l'après-midi, mais a souffert ensuite de céphalées. Mis dans un travail de présentation Powerpoint d'une

conférence, il a réussi sans problème technique, mais toujours avec la même nonchalance et de nombreuses pauses, qui prennent autant de temps que le travail lui-même.

Au terme de ces 4 semaines de stage, notre groupe d'observation constate que M. D. _____ n'a pas la fibre de la production et n'a guère été enthousiasmé par nos supports d'action manuels. Il se voit poursuivre ses études et faire de l'enseignement (mais de quelle matière ?) ou du travail social : notre impression est qu'il surestime ses capacités actuelles à apprendre et que ces objectifs sont donc peu réalistes. Objectivement, nous ne pensons pas qu'il puisse actuellement offrir plus qu'un mi-temps, parce qu'il est fatigable, souvent dispersé, quel que soit le travail, peu à son affaire, certainement en lien avec les séquelles de son TCC. Une certaine nonchalance, sa familiarité, sa tendance logorrhéique, une désinhibition font très probablement partie des séquelles neuropsychologiques du TCC. Dans ce mi-temps, il n'y a pas de raison objective de ne pas reprendre son métier de logisticien. ».

Dans un entretien du 20 janvier 2012 avec une collaboratrice de la SUVA, l'assuré a confirmé avoir débuté une maturité fédérale en août 2011 en ayant l'idée de suivre des cours tous les matins et en plus en soirée, mais il s'était rendu compte que ce rythme était trop fatigant pour être tenu sur le long terme. Le doyen de l'école aurait avalisé le fait que l'assuré intègre les cours du soir, mais le stage à l'Office A. _____ du 28 novembre au 23 décembre 2011 lui aurait fait prendre trop de retard. L'assuré n'aurait pas perdu de vue cet objectif de maturité et souhaitait reprendre les cours du soir dès la rentrée scolaire d'août 2012.

Dans le rapport final de la division « réadaptation » de l'OAI du 23 janvier 2012, on peut lire que l'activité habituelle de logisticien est adaptée à 50% et qu'un reclassement n'est pas nécessaire.

Dans un rapport établi le 14 février 2012 à l'intention du conseil de l'assuré, le Dr S. _____ a écrit ce qui suit :

« Sur la demande de M. D. _____, je me permets de vous informer de sa situation médicale, suite à son polytraumatisme du 29.02.2008.

Comme séquelles actuelles persistent essentiellement des troubles cognitifs, en particulier attentionnels, exécutifs (planification, organisation, réalisation de tâches multiples, prise d'initiative, etc.), mnésiques, ainsi qu'un léger ralentissement; associés à une symptomatologie subjective post commotionnelle (fatigabilité, irritabilité, hypersomnie, flou visuel occasionnel, etc.). M. D. _____

accuse également une hyposmie (perte partielle de l'odorat). Les lésions traumatiques du genou gauche, bien que correctement réparées, sont susceptibles d'engendrer une usure (arthrose) précoce.

Les troubles cognitifs et post commotionnels sont de nature à handicaper la réalisation d'une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, et/ou d'une formation professionnelle en cas de réorientation et ce, de façon conséquente.

En outre, les besoins accrus de sommeil, la fatigabilité et les autres troubles susmentionnés, constituent également des facteurs favorisant un isolement social, dans la mesure où ils limitent considérablement les possibilités de sortir le soir, de suivre les conversations à plusieurs intervenants, ou de s'investir dans des loisirs, en plus des cours. ».

Dans une « appréciation médicale » du 17 avril 2012, le Dr C._____ a remarqué que le stage à l'Office A._____ confirmait que l'exigibilité de l'assuré ne pouvait dépasser les 50% en raison des séquelles neuropsychologiques de son TCC. Du point de vue ostéoarticulaire, il a relevé que l'activité de logisticien qu'exerçait l'assuré avant son accident ne semblait pas nécessiter de travaux à charge physique moyenne ou lourde et semblait donc être parfaitement adaptée. En conclusion, il a fait état d'une exigibilité de 50% de l'intéressé dans son activité habituelle.

Lors d'un passage de l'assuré à la SUVA à Lausanne le 5 septembre 2012, celui-ci a déclaré être rentré d'Angleterre 3 semaines auparavant et s'être inscrit aux études surveillées à [...] sachant qu'il devait trouver du travail. Il souhaitait pouvoir décrocher un poste d'aide à l'enseignant et avait entrepris des démarches dans ce sens.

L'assuré s'est à nouveau présenté à la SUVA le 14 septembre 2012 et a indiqué avoir commencé à travailler 2 heures par jour de 10 à 12 heures (8 heures hebdomadaires), sauf les mardis, comme aide à l'enseignement principal pour des enfants de 9 à 11 ans qui nécessitaient un suivi plus rapproché. Il assistait également les enfants dans les études surveillées les lundis, mardis et jeudis de 15 à 17 heures (6 heures hebdomadaires). Il a précisé qu'il n'avait pas de contrat fixe et n'était donc pas certain que ce poste lui soit attribué sur le long terme aux conditions actuelles. Il a encore relevé avoir réalisé que ce rythme lui

correspondait car il était entrecoupé de temps de repos, précisant qu'il ne pouvait pas envisager de travailler plus de 2 heures d'affilée.

En réponse à un courriel du 21 septembre 2012 de la SUVA, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué que s'il était toujours à son service en qualité de gestionnaire en logistique, l'intéressé toucherait en 2012 un salaire de base de 4'400 fr. payable 13 fois l'an pour un horaire hebdomadaire moyen de 42,5 heures.

Le 31 octobre 2012, la SUVA a écrit au conseil de l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au jour même, mais qu'elle continuerait à prendre en charge les consultations médicales espacées ainsi que les traitements pour améliorer les fonctions neuropsychologiques. Elle l'informait également qu'une décision de rente allait être notifiée.

Lors d'un entretien du 16 janvier 2013 à la SUVA, l'assuré a exprimé le souhait d'obtenir rapidement une décision sur la rente afin de pouvoir « tourner la page ». Il a également indiqué avoir pu augmenter son temps de travail de 4 heures hebdomadaires supplémentaires fractionnées en 2 fois 2 heures les mardis et jeudi, de 10 à 12 heures au collège [...]. Ces heures d'assistantat et d'études surveillées étaient réparties dans les établissements scolaires [...] et [...] et étaient conformes à 2012. Il souhaitait pouvoir se former et détenir un papier reconnu. Le domaine de l'éducation lui convenant particulièrement bien, il avait comme intention de se pencher sur la question en se documentant plus précisément. Une formation d'emploi dans le domaine de la petite enfance (crèches) l'intéresserait très vivement et il pensait soumettre son projet en temps voulu à l'OAI.

Dans un « résumé des documents déterminant pour la fixation de la rente » établi par la SUVA le 29 janvier 2013, on peut lire ce qui suit :

- « 9. Exigibilité
(poursuite de l'activité actuelle, changement de profession, poste de travail, rendement, etc.)

Du point de vue asséurologique, les séquelles neuropsychologiques du patient font que seul un travail partiellement automatisé, évitant les contraintes temporelles, la gestion des tâches multiples et une fréquente prise de décision est exigible. En fonction de la fatigabilité du patient due à ces séquelles neuropsychologiques, une telle activité n'est exigible actuellement avec un rendement de 50 %.

Du point de vue ostéoarticulaire, les séquelles de l'accident font que seules des activités à moyennes et faibles charges physiques sont exigibles.

10. Décision

Sur la base des données médicales économiques dont nous disposons, les séquelles de l'accident entraînent une diminution de la capacité de travail et de gain de 50 %.

Nous allons dès lors une rente d'invalidité conforme à ce taux.

».

Par décision du 30 janvier 2013, la SUVA a relevé que les investigations sur le plan médical et économique mettaient en évidence une diminution de la capacité de gain de 50%, d'où l'octroi d'une rente d'un même taux, diminuée de 20% selon l'article 37 al. 3 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). La SUVA a également alloué une IPAI de 73%, également réduite de 20%.

Dans une « note de suivi » de l'OAI du 13 février 2013, on peut lire que le revenu sans invalidité était de 50'700 fr. en 2008 selon le rapport employeur du 15 mai 2008, soit à 51'714 fr. en 2009 après indexation.

Dans un projet de décision du 13 février 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2009 au 30 avril 2011, puis dès lors de lui octroyer un quart de rente, le montant de la rente étant réduit de 20%. La motivation de ce projet était la suivante :

« A l'échéance de votre contrat de travail de durée déterminée en qualité de gestionnaire en logistique, alors que vous alliez entrer à l'école de recrue, vous avez été victime d'un un accident de la route en date du 29 février 2008 (début du délai d'attente d'une année), avec polytraumatisme.

Le cas a été pris en charge par votre assureur-accidents LAA (SUVA).

Suite aux investigations médicales entreprises, il s'avère que l'incapacité de travail et de gain totale que vous avez présentée du 29 février 2008 au 26 janvier 2011 est justifiée. Puis, dès le 27 janvier 2011, une capacité de travail médico-théorique de 50% vous est reconnue, dans toute activité respectueuse de vos limitations fonctionnelles, essentiellement neuropsychologiques (pas de port de charges, pas de contraintes temporelles, pas de gestion de tâches multiples, pas de prises de décision fréquentes), soit à priori une activité simple et répétitive, partiellement automatisée.

Vous avez de votre propre initiative suivi les cours du soir en vue d'obtenir une Maturité professionnelle, et avez l'intention de continuer vos études. Nous avons donc mandaté notre service Réadaptation, pour examiner si cette option était réaliste en termes de perspectives d'emploi et de gains, et si notre assurance pouvait entrer en matière pour une éventuelle prise en charge : nous estimons que cela n'est pas le cas.

Un stage d'évaluation (Office A. _____) a été mis en place fin 2011, et il en ressort que l'exercice de votre profession de gestionnaire en logistique est possible, à 50 %, moyennant une remise à niveau et un réentraînement indispensables : nous aurions cautionné ces mesures, destinées à vous permettre de conserver - de manière simple et adéquate - une capacité de gain.

Vous avez décliné cette proposition, car vous souhaitiez partir à l'étranger pour apprendre l'anglais, et n'envisagiez pas de reprendre votre profession, ni d'exercer une activité simple. Cela étant, nous avons calculé votre préjudice selon une approche théorique, en comparant votre salaire de gestionnaire en logistique indexé à 2011 (CHF 52'701.00) avec le revenu auquel vous pourriez prétendre en exerçant à 50 %, avec réduction, une activité adaptée (CHF 27'866.00 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS)). Tel serait le cas d'activités industrielles légères et partiellement automatisées telles que le petit montage-assemblage, finition de pièces sortant de fabrication, surveillance de processus de production, ouvrier de production.

Le préjudice qui en découle est de l'ordre de 47 %, ce qui vous ouvre le droit à un quart de rente.

Cela étant, à l'échéance du délai de carence, soit en février 2009, votre préjudice, et partant, votre degré d'invalidité est total, ce qui vous ouvre le droit à une rente entière (100 %), remplacée par un quart de rente (47 %) dès le 1^{er} mai 2011, soit trois mois après l'amélioration constatée en janvier 2011.

Nous constatons que votre assureur LAA (SUVA) a réduit ses prestations de 20 %, dès lors que votre atteinte à la santé est consécutive à un accident de la circulation en état d'ivresse (délit), et par analogie, notre assurance applique la même réduction. ».

Le 15 février 2013, l'assuré a formé opposition à la décision de la SUVA du 30 janvier 2013.

Le 19 mars 2013, l'assuré a présenté des objections au projet de décision de l'OAI, envoyant notamment deux certificats médicaux du Dr S._____, le premier du 19 janvier 2012 attestant d'une incapacité travail totale dès la date de l'accident et le second, du 24 septembre 2012, selon lequel il était autorisé à effectuer une activité à but thérapeutique jusqu'à un équivalent de 30% horaire.

Par décision sur opposition du 22 novembre 2013, la SUVA a confirmé sa décision du 30 janvier 2013. Elle a retenu qu'il n'existait au dossier aucun indice concret susceptible de jeter un doute sur le bien-fondé des conclusions du Dr C._____, qui rejoignait au demeurant l'opinion des spécialistes de la Clinique B._____, concluant que c'était à bon droit qu'elle avait alloué une rente d'invalidité de 50%, correspondant à la baisse de capacité de travail dans la profession de gestionnaire en logistique. La SUVA relevait également qu'il n'y avait pas lieu de se fonder sur la situation professionnelle actuelle de l'assuré pour déterminer le taux de l'incapacité de gain. Elle constatait que d'une part, l'intéressé reconnaissait qu'il s'agissait d'un poste précaire sur appel et que d'autre part, il convenait d'admettre que dans cette activité, il n'utilisait pas pleinement sa capacité résiduelle de gain. Par surabondance, la SUVA s'est fondée sur cinq descriptions de postes de travail (DPT) de l'année 2012 pour conclure à un taux d'invalidité de 50,25%.

Par acte du 23 décembre 2013, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en substance à l'allocation d'une rente entière (cause AA 127/13).

Dans un courrier du 7 mars 2014 adressé au conseil de l'assuré, l'OAI relève que celui-ci conteste principalement l'exigibilité de la capacité de travail de 50% reconnue dans une activité adaptée (simple et répétitive), respectivement dans son activité habituelle moyennant remise à niveau. Il constate que la SUVA retient le même degré de capacité de travail raisonnablement exigible et considère n'avoir aucune raison de s'écarter de cet avis. Il précise qu'il aurait cautionné la mise en place de

toutes mesures simples et adéquates destinées à permettre à l'assuré la meilleure mise en valeur possible de sa capacité de gain pour autant que le principe d'équivalence soit respecté. L'OAI remarque encore qu'une formation dans le domaine de la santé n'est pas réaliste eu égard aux limitations fonctionnelles de l'assuré, notamment neuropsychologiques, raison pour laquelle il n'a pas pris en charge la nouvelle formation pour laquelle l'intéressé a opté. Il explique que pour calculer le préjudice économique, il avait comparé le revenu à 100% avant atteinte à la santé selon les données fournies par l'employeur avec le revenu théorique selon les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) auquel l'assuré aurait pu prétendre en exerçant à 50% une activité adaptée.

Par décision du 15 juillet 2014, l'OAI a confirmé son projet du 13 février 2013, allouant à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2009 au 30 avril 2011, puis dès lors un quart de rente, le montant de la rente étant réduit de 20%.

B. Par acte du 12 septembre 2014, D._____, représenté par Me Olivier Burnet, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en substance à l'allocation d'une rente entière. Il a requis à titre de mesures d'instruction qu'une expertise soit mise en œuvre afin d'établir un bilan actuel de ses compétences intellectuelles et instrumentales, ainsi que l'audition de son père et des Drs [...] et S._____. Il a notamment produit :

- une attestation médicale du 14 avril 2014 émanant du Dr S._____, dont la teneur est la suivante :

« Le médecin soussigné atteste que M. D._____ a été victime d'un polytraumatisme survenu le 29.02.2008, dont il garde comme séquelles actuelles en premier lieu des troubles cognitifs (exécutifs, attentionnels, mnésiques, un ralentissement et une anosognosie partielle), comportementaux (désinhibition, manque de flexibilité) et une symptomatologie post-commotionnelle (fatigabilité accrue, hypersomnie, intolérance au bruit, irritabilité accrue). Ces séquelles ne lui permettent pas de reprendre son activité dans la logistique, activité qui implique notamment des capacités de gestion de matériel, organisation, planification, attention soutenue,

tous des domaines dans lesquels il a été démontré que M. D. _____ avait des limitations, en particulier lors de son évaluation à l'Office A. _____, en 2011.

En outre, le ralentissement psychomoteur généralisé qu'il présente, son manque d'endurance (tremblement physique dans les activités manuelles après 1-2 heures), sa distractibilité et ses limitations à pouvoir maintenir son attention soutenue au-delà de quelques minutes à 30 minutes, entravent considérablement son intégration en milieu économique.

Sur la base de mon suivi (depuis le 31.03.2008 à ce jour), je ne peux que constater la persistance des déficits susmentionnés, bien que moindre par rapport aux 2 premières années post accident.

M. D. _____ a démontré une grande volonté et ténacité dans son désir de réinsertion professionnelle, obtenant une maturité professionnelle en santé sociale, au détriment cependant de toute vie sociale et toute autre activité. Cela n'a par ailleurs été possible que moyennant des pauses et répétitions très fréquentes. Cette expérience ne peut être transposée telle quelle au milieu professionnelle, qui n'autorise pas une pause toutes les 10-30 minutes, un ralentissement global et la répétition régulière des consignes.

Les séquelles de M. D. _____ ne laissent dès lors envisager qu'une activité occupationnelle ou routinière à faible pourcentage (maximum 2 x 1h30 à 2h/jour), lui permettant de relâcher fréquemment son attention, ne demandant pas de travail manuel de précision ni d'attention soutenue (par exemple devant un ordinateur), ni gestion de tâches multiples, bruit, foule, prise d'initiative ou capacité d'adaptation conséquentes. En outre, son attention a été constatée meilleure - comme c'est habituellement le cas - lorsque l'activité captait son intérêt.

Ce profil de travail a pu trouver une application dans l'aide à l'enseignant, que M. D. _____ réalise maintenant depuis plusieurs mois, à sa satisfaction ainsi qu'à celle de son employeur semble-t-il, sans que je ne relève de signe de surcharge (après cependant quelques adaptations initiales quant à son horaire).

En vertu de l'Art 16 de la LPGA [loi fédérale du 6 décembre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1], qui stipule que l'évaluation du taux d'invalidité doit se baser sur le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide, comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui au terme des mesures de réadaptation et sur un marché du travail équilibré, et compte tenu du fait qu'au moment de l'accident, M. D. _____ suivait des cours pour l'obtention d'une maturité professionnelle pour pratiquer dans un domaine correspondant davantage à ses aspirations, j'estime que sa perte de capacité de gain dépasse certainement les 70%. » ;

- un certificat de travail intermédiaire établi le 15 avril 2014 par la directrice de l'Etablissement primaire de [...], attestant que le recourant a été engagé pour un poste d'aide à l'enseignant du 24 septembre 2012 au 3 juillet 2013 à raison de 8 heures hebdomadaires, équivalant à un taux d'activité de 38%, puis du 26 août 2013 au 4 juillet 2014 en principe

à raison de 4h30 hebdomadaires, équivalant à un taux de 21%, qu'il a accompli son mandat à satisfaction et qu'il s'est montré compétent et adéquat dans son travail, comme dans sa relation entre les élèves et leurs parents, avec ses collègues et la direction de l'école ;

- une attestation du 30 avril 2014 de la [...], selon laquelle, en 2013-2014, le recourant a suivi le cours « analyse de pratiques professionnelles à l'intention des aides à l'enseignant », à raison de 12 heures.

Dans sa réponse du 28 octobre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 12 décembre 2014, le recourant a confirmé ses conclusions et réitéré les mesures d'instruction requises.

Dans sa duplique du 12 janvier 2015, l'intimé a confirmé ses conclusions.

Le 27 juillet 2015, le juge instructeur a informé les parties que le dossier concernant le recours déposé contre la décision sur opposition de la SUVA du 22 novembre 2013 (cause AA 127/13) était versé au dossier de la présente cause, et inversement.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 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) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

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

b) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a retenu que le recourant disposait d'une capacité de travail de 50% dans son ancienne activité, réputée adaptée, depuis le 27 janvier 2011 et lui a ainsi octroyé un quart de rente à compter du 1^{er} mai 2011 sur la base d'un degré d'invalidité de 47%.

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 ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

b) Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'article 17 al. 1 LPGA (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3). Selon cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un

changement important. Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3).

Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (TF 9C_394/2010 du 24 février 2011 consid. 3.2 et les références citées).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en 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 médicale plutôt qu'une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Il n'existe pas, dans une procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité

et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4).

4. a) Le recourant considère que c'est à tort qu'on lui reproche d'avoir poursuivi sa formation en vue d'une meilleure réinsertion professionnelle, exposant que les efforts qu'il a entrepris ont démontré sa réelle volonté de se réinsérer dans le monde professionnel, de présenter une bonne image de lui-même et de ne pas tomber dans la dépression. Il estime que le certificat de travail intermédiaire du 15 avril 2014 de la Direction de l'établissement primaire de [...] démontre qu'il travaille à la satisfaction générale et qu'il a choisi une voie parfaitement adaptée à sa situation. Se référant à l'attestation du Dr S. _____ du 14 avril 2014, il soutient que ses troubles cognitifs et neurologiques lui interdisent d'exercer une activité dans un milieu professionnel ordinaire, arguant que l'activité d'aide à l'enseignant est parfaitement adaptée. Il est d'avis que l'intimé a sous-estimé ses troubles neurologiques et neuropsychologiques, les postes de travail proposés n'étant pas compatibles avec les déficits l'affectant. Il prétend également que les descriptions de postes de la SUVA vont manifestement à l'encontre des conclusions du rapport de l'Office A. _____ et ne sont pas adaptées à sa situation. Selon lui, une activité à 50% est excessive et ne correspond pas à ses capacités. Il se réfère à cet égard à l'attestation du 14 avril 2014 du Dr S. _____.

Le recourant soutient encore qu'il a tout entrepris pour tenter de tirer le meilleur parti possible de son handicap en exerçant un travail qui non seulement lui plaît, mais lui permet aussi d'utiliser au mieux ses possibilités en dépit de ses troubles neurologiques et neuropsychologiques. Reprenant le calcul effectué par l'intimé sur la base d'un salaire de 52'107 fr., alors qu'il a réalisé en 2013 un revenu annuel de 12'760 fr. 25, il estime son degré d'invalidité à 75,78%, lui donnant droit à une rente entière.

L'intimé considère quant à lui que c'est à juste titre qu'il s'est fondé sur l'appréciation médicale du Dr C. _____ pour retenir une capacité de travail de 50%.

b) En l'espèce, dans leur rapport du 27 octobre 2008, quelque 8 mois après l'accident, les spécialistes de la Clinique B._____ ont indiqué que l'évolution du traumatisme crânio-cérébral très sévère subi par le recourant a été largement favorable et que malgré les séquelles neuropsychologiques, aggravées par l'anosognosie partielle, une réinsertion professionnelle progressive était possible dans son ancienne profession. Le recourant a débuté vers cette période un cours préparatoire à la maturité professionnelle impliquant 4 heures d'études pendant 20 matinées. Également en novembre 2008, le Dr U._____ a relevé une très bonne évolution au moins sur le plan physique et constaté qu'il ressortait d'un entretien entre le recourant, ses parents, un neuropsychologue, des représentants des ateliers professionnels, son case-manager à la SUVA et la coordonnatrice de l'OAI, que la réinsertion professionnelle dans l'ancienne activité pouvait se faire, avec néanmoins une aide de l'AI dans le sens d'un réentraînement. En mars 2009, le Dr S._____ considère que le recourant a peu de chance d'aboutir dans son projet de maturité professionnelle compte tenu de ses troubles cognitifs. En août 2009, ce praticien estime que dans une nouvelle profession, la capacité de travail est inférieure à 50% et qu'en cas de mesures de réinsertion professionnelle, le taux maximum de présence était d'une demi-journée par jour. En octobre 2009, le recourant a informé la SUVA que les cours se déroulaient relativement bien et qu'il révisait ceux-ci l'après-midi. En février 2010, le Dr S._____ relève que les cours suivis par l'intéressé lui coûtent encore passablement d'efforts et de fatigue si bien qu'il ne pourrait pas travailler à côté. En juillet 2010, le même médecin relate qu'avant les examens, le recourant a pu travailler de 8 à 21 heures avec une pause de 2 heures. Il considère que la profession d'infirmier envisagée par son patient n'est pas adéquate dans la mesure où elle solliciterait passablement ses capacités exécutives et mnésiques. A la même période, le recourant a confirmé qu'il étudiait dès le matin jusqu'à 18h30 avant de suivre les cours. En septembre 2010, la Dresse Q._____ constate que la réussite des études entreprises par le recourant n'était possible que grâce à un travail acharné de 4 heures par jour, au prix d'une fatigue importante et de la réduction des activités sociales. En

janvier 2011, le Dr S._____ relate que l'intéressé a ressenti dans le cadre de ses examens davantage de difficultés lorsqu'il était sous stress, qu'il devait choisir parmi diverses idées et les désorganiser par exemple au sein d'une dissertation. De ce fait, ce praticien estime que ces aspects doivent être intégrés dans le cadre de l'orientation professionnelle, qui devrait donc viser plutôt un travail partiellement automatisé, évitant les contraintes temporelles, la gestion des tâches multiples et une fréquente prise de décision.

Dans son rapport suite à l'examen final du 18 avril 2011, le Dr C._____ estime que les séquelles neurologiques du recourant font que seul un travail partiellement automatisé, évitant les contraintes temporelles, la gestion de tâches multiples et une fréquente prise de décision est exigible à un taux de 50%. Il ajoute que l'activité de magasinier n'est plus exigible. Le Dr R._____ reprend ces limitations fonctionnelles dans un rapport du 1^{er} juin 2011, comme la gestionnaire du dossier qui, à l'instar de Dr C._____, indique que l'activité habituelle de logisticien n'est plus exigible, comme d'ailleurs celle de magasinier. En juin 2011, le recourant annonce son intention de reprendre des cours pour obtenir la maturité fédérale, ceux-ci devant se dérouler tous les matins. Dans son rapport du 20 décembre 2011, l'Office A._____ aboutit à la conclusion que l'intéressé peut travailler à mi-temps (demi-journée) également dans son métier de logisticien, ses conclusions se fondant sur un stage de près d'un mois.

En février 2012, le Dr S._____ considère que les besoins accrus de sommeil, la fatigabilité et les autres troubles cognitifs constituent des facteurs favorisant un isolement social dans la mesure où ils limitent considérablement les possibilités de sortir le soir, de suivre les conversations à plusieurs intervenants ou de s'investir dans des loisirs en plus des cours.

Le 17 avril 2012, le Dr C._____ remarque que du point de vue ostéoarticulaire, l'activité de logisticien ne semblait finalement pas nécessiter de travaux à charge physique moyenne ou lourde et semblait

donc être parfaitement adaptée ; il concluait ainsi à une exigibilité de 50% dans l'activité habituelle. Le recourant a ensuite commencé son activité d'aide à l'enseignant.

Enfin, dans son attestation du 14 avril 2014, le Dr S. _____ relève que le ralentissement psychomoteur généralisé présenté par le recourant, son manque d'endurance, sa distractibilité et ses limitations à pouvoir maintenir son attention soutenue au-delà de quelques minutes à 30 minutes entravent considérablement son intégration milieu économique. Ce praticien précise que ces déficits ont persisté depuis le début de son suivi en date du 31 mars 2008, bien que moindre par rapport aux deux premières années post accident. Le Dr S. _____ conclut que seule une activité occupationnelle routinière à faible pourcentage est possible.

Force est de constater que cette affirmation est en contradiction avec les constatations des autres médecins consultés et même avec des constatations faites auparavant par le même Dr S. _____, ainsi qu'avec les observations faites tant par la Clinique B. _____ que par l'Office A. _____. Cette affirmation est également en contradiction avec les faits, puisqu'il est avéré que le recourant a suivi des cours, notamment des cours à la demi-journée, impliquant forcément une concentration non négligeable. Il a eu d'intenses périodes d'examens et de préparation à ceux-ci, et il a réussi ces examens. En outre, le recourant exerce actuellement une activité d'aide à l'enseignant. Il est donc peu crédible de dire qu'il ne peut maintenir une attention soutenue au-delà de quelques minutes.

c) Le fait est que l'intéressé paraît vouloir conserver cette activité d'aide à l'enseignant. Or, le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message du 22 juin 2005

concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^e révision de l'AI] ; FF 2005 4215, spéc. 4223 ch. 1.1.1.2).

L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles – fonctionnelles et/ou intellectuelles – de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 138 I 205 consid. 3.1 et la référence citée).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références citées). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_540/2011 du 15 mars 2012 consid. 3.2 et les références citées ; TF 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.2 et les références citées).

En l'occurrence, compte tenu de l'ensemble des circonstances, force est de constater que l'on peut exiger du recourant qu'il reprenne son activité habituelle de logisticien, réputée adaptée au vu des rapports de la Clinique B. _____ du 27 octobre 2008 et de l'Office A. _____ du 20 décembre 2011, ainsi que de l'appréciation médicale du Dr C. _____ du 17 avril 2012, même si cette activité lui paraît moins intéressante.

En définitive, il y a lieu de retenir, à l'instar de l'intimé, que le recourant dispose d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de logisticien - laquelle est adaptée à ses limitations fonctionnelles - depuis le 1^{er} mai 2011, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé constatée en janvier 2011 (art. 88a al. 1 RAI).

Reste à déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant et, partant, son droit à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2011.

5. a) Aux termes de 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de vraisemblance prépondérante le revenu qu'elle aurait effectivement réalisé si elle était en bonne santé au moment déterminant. 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 jusqu'au moment de

la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalidé), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (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). En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (TFA U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/cc). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

Toutefois, lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, ce qui exclut la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données statistiques de l'ESS et la prise en compte d'un éventuel abattement (TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010).

b) En l'espèce, dès lors que le recourant dispose d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, qui est adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est à tort que l'intimé a déterminé le

revenu d'invalidé sur la base de l'ESS pour calculer le degré d'invalidité. Dans ces conditions et conformément aux principes évoqués ci-dessus, le taux d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail.

Partant, il convient de constater que le recourant présente, depuis le 1^{er} mai 2011, un taux d'invalidité de 50%, ouvrant le droit à une demi-rente (art. 28 al. 2 LAI).

6. a) Selon l'art. 21 al. 1 LPGA, si l'assuré a aggravé le risque assuré ou en a provoqué la réalisation intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit, les prestations en espèces peuvent être temporairement ou définitivement réduites ou, dans les cas particulièrement graves, refusées.

En ce qui concerne l'étendue de la réduction en cas de conduite en état d'ébriété, la jurisprudence précise qu'il y a lieu d'appliquer par analogie à l'assurance-invalidité l'échelle utilisée par les assureurs-accidents, selon laquelle le taux de réduction est fonction du degré d'alcoolémie. En règle ordinaire, à un degré d'alcoolémie variant entre 0.8 et 1.2 grammes pour mille correspond un taux de réduction de 20%, qui augmente de 10% pour chaque 0.4 gramme pour mille d'alcoolémie supplémentaire (ATF 129 V 354 consid. 4 ; ATF 120 V 224 consid. 4c ; TF 9C_445/2014 du 12 novembre 2014 consid. 3.2).

b) En l'espèce, la réduction de 20% pratiquée par l'intimé est conforme à la jurisprudence et il n'y a aucune raison de s'en écarter, étant précisé que le principe de la réduction, ainsi que sa quotité, n'étaient de toute manière pas remis en cause par le recourant.

7. a) Le juge peut mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014).

b) En l'occurrence, le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Les mesures d'instruction requises par le recourant, soit la mise en œuvre d'une expertise afin d'établir un bilan actuel de ses compétences intellectuelles et instrumentales, ainsi que l'audition de son père et des Drs [...] et S._____, apparaissent ainsi superflues. Elles peuvent dès lors être rejetées.

8. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2009 au 30 avril 2011 et dès lors, à une demi-rente, le montant de la rente étant réduit de 20%.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge des deux parties, à raison de 200 fr. chacune, au vu de l'issue du litige (art. 49 al. 1 et 51 al. 1 LPA-VD, applicables par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) Enfin, obtenant partiellement gain de cause en étant assisté d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer, au vu de l'importance et de la complexité du litige, à 1'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales

prononce :

- I.** Le recours déposé le 12 septembre 2014 par D._____ est partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 15 juillet 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que D._____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2009 au 30 avril 2011 et dès lors, à une demi-rente, le montant de la rente étant réduit de 20% (vingt pour cent).

- III.** 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 à raison de 200 fr. (deux cents francs) et à la charge de D._____ à raison de 200 fr. (deux cents francs).

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D._____ un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Burnet (pour D. _____)
- 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 :