

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 février 2016

Composition : Mme THALMANN, président
Mme Rossier et M. Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

J._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Lionel Zeiter, avocat à Prilly,

et

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

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

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, ressortissant italien en Suisse depuis 1982 et titulaire d'un permis de type « C », est au bénéfice d'une formation dans l'hôtellerie. Il occupe la fonction d'administrateur unique avec signature individuelle de la société Q._____ SA, de siège à [...] et inscrite au Registre du Commerce (RC) le 15 janvier 2010. Le but de cette dernière consiste, selon inscription, en l'exploitation de café-restaurant, hôtel, discothèque et courtage en toutes formes. L'assuré travaille depuis janvier 2010 en tant que gérant de l'établissement [...]K._____.

L'assureur perte de gain R._____ a communiqué le 27 septembre 2012 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) qu'en raison d'une incapacité de travail débutée le 19 mars 2012, il avait servi ses prestations (indemnités journalières) à l'assuré sur la base de taux d'incapacité attestés de 100 % (du 19 mars au 1^{er} juillet 2012) puis 70% (dès le 2 juillet 2012). Cet assureur a également remis une copie de son dossier.

Le 28 septembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI en indiquant souffrir d'une hémorragie cérébrale et d'hypertension artérielle (HTA) depuis le 19 mars 2012.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 7 octobre 2012, avant ses ennuis de santé l'assuré exerçait depuis le 1^{er} janvier 2010 l'activité de directeur avec des remplacements divers (cuisinier, serveur et agent de sécurité) à raison de 45 heures par semaine et pour un salaire mensuel de 5'800 fr. servi treize fois l'an, ce qui correspond à un revenu annuel de 75'400 fr. A compter du 2 juillet 2012, il avait repris son activité antérieure mais à un taux de 30% et en ne s'occupant plus que de tâches administratives (gestion de la clientèle, des collaborateurs et de la marche des affaires de l'entreprise).

Il ressort d'un extrait du 10 octobre 2012 de ses Comptes Individuels (CI) AVS que J._____ a perçu des revenus annuels de 72'500 fr. (2010) et de 73'950 fr. (2011) de la société Q._____ SA.

Selon une « Fiche d'examen du dossier No 1 » établie le 12 octobre 2012, il était constaté sur la base du dossier transmis par la R._____, l'atteinte à la santé d'accident vasculaire cérébral (AVC) hémorragique thalamique gauche sur une crise hypertensive dont il résultait les incapacités de travail de l'assuré communiquées (100% du 19 mars au 1^{er} juillet 2012 puis 70% à partir du 2 juillet 2012). Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : légère instabilité à la marche, minime parésie du membre supérieur droit (MSD). Le dossier de l'assurance perte de gain comportait un pronostic « bon », l'état de santé de l'assuré étant en voie d'amélioration.

Dans un rapport du 22 octobre 2012, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne, allergologie et immunologie, suivant l'assuré depuis février 2012, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de séquelle AVC hémorragique (depuis avril 2012). Mentionnant un pronostic stable moyennant le suivi de traitements en physiothérapie, ergothérapie et médicamenteux (Exforge HCT® 5mg/160 mg) pour l'hypertension artérielle, ce médecin retenait une incapacité de travail de 100% dans la profession de restaurateur du 22 avril au 1^{er} juillet 2012, puis de 70%. Il estimait probable une reprise de travail à 50% à partir du début 2013. Il indiquait en outre une capacité de concentration limitée ainsi qu'une fatigabilité accrue. En annexe, il a joint les rapports médicaux suivants :

- un rapport du 23 avril 2012 des radiologues de l'Hôpital de [...] consécutif à un CT cérébral natif réalisé le jour précédent et concluant à une hémorragie intraparenchymateuse intéressant le thalamus gauche, d'étiologie hypertensive en premier lieu ainsi qu'à une inondation ventriculaire latérale gauche et du 4^{ème} ventricule sans hydrocéphalie ;

- une lettre de sortie établie le 26 avril 2012 attestant un séjour de l'assuré dans le Service médecine de l'Hôpital de [...] du 23 avril au 26

avril 2012 et dont il résulte que le 22 avril 2012 l'assuré s'était réveillé avec une hémiparésie droite et une dysarthrie, le diagnostic d'AVC hémorragique thalamique gauche sur une crise hypertensive ayant été posé ;

- un rapport du 7 mai 2012 des médecins du Département de médecine de l'Hôpital de [...] dont il résulte en particulier ce qui suit :

“Monsieur J._____ est hospitalisé en raison d'une hémiparésie et hypoesthésie de l'hémicorps droit pour lequel nous effectuons un CT-scan cérébral natif qui démontre une hémorragie intraparenchymateuse intéressant le thalamus gauche d'étiologie hypertensive en premier lieu et une inondation ventriculaire latérale gauche et du 4^{ème} ventricule, sans hydrocéphalie. M. J._____ est alors hospitalisé aux soins intensifs pour une surveillance neurologique et l'administration de labétalol (Trandate®) par voie intraveineuse. Puis il est transféré dans le service de médecine où nous introduisons un traitement d'irbésartan (Aprovel®) et amlodipine, ce qui permet de contrôler le profil tensionnel de M. J._____. Il récupère rapidement et progressivement de son AVC avec une force M4+ à droite, une très légère dysmétrie et dysdiadococinésie droite, une marche très légèrement instable avec difficulté du membre inférieur droit, un Romberg tenu le 25.04.2012. Nous adressons M. J._____ à la consultation ambulatoire de neuroréhabilitation de l'hôpital [...] où il sera vu par le Dr W._____ le 1^{er} mai à 17h. Nous vous proposons, si le patient devait ne pas récupérer assez rapidement de cet AVC ou stagner dans ses progrès, de réeffectuer un CT-scan cérébral à la recherche d'une hydrocéphalie sur hémorragie infra-ventriculaire. Par ailleurs, nous vous proposons d'effectuer une angio-IRM à 3 mois à la recherche d'une malformation artério-veineuse pouvant expliquer cet incident.

Au niveau de l'hypertension artérielle, nous contrôlons la tension à l'aide d'irbésartan et amlodipine. Nous désirons chercher des causes secondaires de crise hypertensive en dosant les catécholamines urinaires sur 24h, mais M. J._____ refuse cet examen car il veut rentrer à domicile rapidement. Nous vous laissons le soin d'organiser cet examen si vous le trouvez relevant. Nous dosons les métanéphrines et normétanéphrines libres plasmatiques (en-dehors d'une crise hypertensive) qui reviennent dans la norme. Nous lui recommandons de vous consulter une semaine après la sortie pour contrôle de sa tension.

Par ailleurs, nous effectuons un bilan lipidique qui démontre un cholestérol LDL à 3,55, raison pour laquelle nous introduisons de l'atorvastatine.”;

- un rapport du 21 mai 2012 adressé au Dr F._____ dans lequel le Dr W._____, médecin associé du Service de neuropsychologie et de

neuroréhabilitation de l'Hôpital [...], s'est exprimé en ces termes sur l'état de santé ainsi que la suite du traitement de l'assuré :

“Conclusions, traitement et évolution

Il s'agit d'un patient de 53 ans, qui a présenté une probable hémorragie cérébrale sur pic hypertensif et qui a été vu à l'Hôpital de [...] où il n'a pas souhaité rester. Il nous est adressé actuellement pour bilan et prise en charge de neuroréhabilitation (je n'ai pas de lettre de l'Hôpital de [...] lors de cette consultation). A l'examen neurologique, on retrouve un hémisyndrome modéré facio-brachio-crural moteur, sensitif et ataxique à D [droite], sans trouble du langage chez un patient droitier. Je propose au patient une prise en charge ambulatoire de physio- et d'ergothérapie qui pourrait avoir lieu dans notre service dans les prochaines semaines. Par ailleurs, le patient étant propriétaire et gérant d'une discothèque-restaurant, il serait souhaitable qu'il puisse bénéficier d'un bilan neuropsychologique.

Je ne donne pas de prochain rendez-vous au patient dans l'attente de la prise en charge ambulatoire de physio- et d'ergothérapie.” ;

- un rapport du 23 mai 2012 du Dr P._____, spécialiste en neurologie, qui a constaté que l'assuré présentait alors un hémisyndrome sensitif droit (concernant les modalités spinothalamiques et faci-brachio-crurale) associé à une discrète ataxie cinétique du membre inférieur droit liés à une hémorragie thalamique gauche dont la localisation était typique d'une hémorragie d'origine hypertensive. Ce neurologue jugeait la prise en charge optimale sans avoir d'autres mesures à proposer ;

- un rapport établi le 25 juin 2012 par le Dr C._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, qui a indiqué notamment ce qui suit :

“Le bilan ORL ne révèle pas de déficit neurosensoriel du côté droit. L'audiométrie tonale peut être considérée comme symétrique avec une composante de presbyacousie en pente de ski bilatérale. L'examen otoneurologique, sans les épreuves caloriques, ne révèle pas de signes de déficit vestibulaire périphérique. L'anamnèse de sensation d'insécurité à la marche, sans instabilité, est vraisemblablement en rapport avec les troubles de la proprioception suite à son AVC. Je l'ai surtout rassuré sur une probable récupération, lente et progressive de sa symptomatologie.”

Le 20 novembre 2012, le Dr F._____ a certifié un arrêt de travail de son patient à 70% jusqu'au 31 décembre 2012.

Dans un avis du 11 janvier 2013, le Dr T._____ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI a estimé que la situation médicale n'étant pas stabilisée, il convenait de réinterroger les Drs W._____ et F._____ en mars 2013, sans que la mise en œuvre de mesures de réadaptation d'ordre professionnel ne se justifie en l'état.

Le 2 avril 2013, le Dr F._____ a mentionné un pronostic qu'il qualifiait de bon avec les incapacités de travail suivantes dans la profession de restaurateur :

“100% du 22 avril 2012 au 1^{er} juillet 2012
70% du 2 juillet 2012 au 31 janvier 2013
50% dès le 1^{er} février 2013”

Il indiquait également la possibilité d'une reprise progressive par l'assuré de son activité de restaurateur jusqu'à 75% à la fin 2013. L'assuré devait éviter de monter sur une échelle et de porter des poids supérieurs à 10 kg. Sa capacité de concentration était limitée. Le Dr F._____ indiquait en outre ce qui suit :

activités exercées :

- uniquement en position debout	:	4	heures	au
maximum				
- en différentes positions	:	2	heures	au
maximum				
- principalement en marchant (terrain irrégulier)	:	1	heure	au
maximum				
- se pencher	:	1	heure	au maximum
- travailler avec les bras au-dessus de la tête	:	2	heures	au
maximum				
- accroupi	:	2	heures	au
maximum				
- à genoux	:	2	heures	au
maximum				
- rotation en position assis / en position debout	:	3	heures	au
maximum				
- soulever / porter (près / loin du corps)	:	1	heure	au
maximum ;				

- un rapport d'échographie pelvienne et testiculaire du 13 février 2012 de l'Institut de radiologie de la Clinique [...] à [...] mettant en évidence une hernie inguinale droite réductible sans participation colique, avec une volumineuse hydrocèle droite ;

- un rapport du 10 décembre 2012 du Dr P. _____ qui s'est exprimé en ces termes sur l'évolution de la situation :

“Appréciation

Il s'agit d'un hémisyndrome sensitif et ataxique droit inchangé, sur un status après hémorragie thalamique gauche d'origine hypertensive. Je n'ai pas d'argument en faveur d'une péjoration, mais l'IRM cérébrale sera tout de même contrôlée, et ceci surtout afin d'exclure une lésion potentiellement évolutive sous-jacente. Sinon, pour la suite il n'y a pas de mesure bien spécifique à proposer. Je ne pense pas que la physiothérapie mérite d'être poursuivie, d'autant plus qu'elle est peu adaptée à la situation, basée sur des massages, des ultrasons, de l'acupuncture.”

A teneur d'un compte rendu d'entretien téléphonique du 14 mai 2013, l'assuré a renseigné l'OAI le même jour sur le fait qu'il n'avait consulté le Dr W. _____ qu'à une seule reprise, son suivi étant assuré par son médecin traitant qui l'avait envoyé consulter chez son confrère neurologue, le Dr P. _____.

Le 16 mai 2013, l'assureur perte de gain R. _____ a communiqué à l'OAI, avoir servi des prestations basées sur les taux d'incapacité suivants : 100 % (du 19 mars au 1^{er} juillet 2012), 70% (du 2 juillet au 31 décembre 2012), 100% (du 1^{er} janvier au 31 janvier 2013) et 50% (du 1^{er} février au 31 mars 2013). Cette assurance a joint un rapport du 2 mai 2013 rédigé à sa demande dans lequel le Dr F. _____ confirmait son pronostic favorable ainsi que la probable reprise de l'activité habituelle à 75% à la fin 2013.

Dans un rapport du 17 juin 2013, le Dr W. _____ a posé le diagnostic invalidant d'hémorragie cérébrale gauche (fin avril 2012) et celui sans répercussion sur la capacité de travail d'hypertension artérielle. Il mettait en évidence les séquelles suivantes : discrète asymétrie faciale droite, ROT plus vifs à droite, diminution de la motricité fine distale droite, dysmétrie marquée aux membres supérieurs et inférieurs droit, importants troubles de la sensibilité posturale marche avec claudication et discrets troubles de l'équilibre. Compte tenu de son unique consultation de l'assuré le 1^{er} mai 2012, ce spécialiste faisait part de sa difficulté à renseigner sur

l'évolution du cas. Il déplorait en lien avec le traitement l'absence d'un suivi en neuropsychologie et en physiothérapie, faute de suite donnée par le patient. Le Dr W._____ retenait une incapacité de travail de l'assuré de 100% dès le 20 avril 2012 dans sa profession habituelle. Il indiquait pour terminer ne pas être en mesure à ce stade de se prononcer sur une reprise éventuelle de l'activité professionnelle.

Mandaté expert par l'OAI, le Dr X._____, spécialiste en neurologie, a établi son rapport le 1^{er} mai 2014. Il a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de troubles cognitifs modérés (mémoire, attention) séquellaires d'un AVC thalamique gauche, par ailleurs responsable d'un discret hémisyndrome sensitivomoteur séquellaire à l'hémicorps droit. Il s'est exprimé comme il suit en lien avec son examen clinique de l'assuré :

"CONCLUSIONS

L'examen effectué chez ce patient de 55 ans, collaborant, orienté et adéquat dans l'échange, met en évidence :

- Des éléments de la lignée anxio-dépressive (HAD significative) ;
- Une altération des stratégies d'encodage de l'information en mémoire épisodique antérograde verbale ;
- Un trouble attentionnel avec un temps de réaction allongé, un déficit d'attention divisée ainsi qu'une réduction du rendement en situation d'attention soutenue ;
- Un déficit modéré d'accès lexical (à pondérer au vu de l'origine italienne du patient).

Par ailleurs, le reste des fonctions cognitives investiguées (langage écrit, calcul oral et écrit, praxies gestuelles, gnosies visuelles, mémoire immédiate, mémoire antérograde épisodique visuo-spatiale, flexibilité mentale et attention simple) sont globalement dans la norme compte tenu de l'âge et du niveau socio-éducatif du patient.

Afin d'accompagner le patient dans sa reprise professionnelle, il serait pertinent qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge neuropsychologique intensive axée sur les stratégies d'encodage."

Cet expert s'est également prononcé en ces termes s'agissant de l'état de santé de J._____ et son incidence sur sa capacité de travail ainsi que de l'adéquation de mesures de réadaptation professionnelle :

"5. Appréciation du cas et pronostic

Chez ce patient traité pour une HTA de façon fluctuante, l'AVC hémorragique de 2012 est responsable comme séquelle d'un discret hémisyndrome sensitivomoteur et ataxique D, avec des troubles modérés de la mémoire antérograde et de l'attention. Il existe un probable état dépressif sous-jacent, déjà relevé par le Dr F. _____, son médecin traitant, qui contribue également aux troubles neuropsychologiques ci-dessus. Par ailleurs, il n'y a pas d'autre élément neurologique ou extra-neurologique à mentionner sur le plan médical, en signalant toutefois que lors des épreuves neurologiques, il existe une tendance à la surcharge fonctionnelle, avec exagération par exemple des éléments ataxiques sous forme de gesticulations, ou accentuation de la boiterie.

Sur le plan de l'activité professionnelle, le discret hémisyndrome D limite à notre avis de façon conséquente toute reprise du travail comme garçon de café ou serveur dans l'établissement que gère le patient. En revanche, lui-même s'estime capable de continuer la gestion de la discothèque attachée au même établissement et de gérer l'entrée des clients, sans problème par ailleurs pour la comptabilité, malgré les troubles mnésiques et attentionnels que nous avons nous-même relevés. Il est possible que ceci soit d'ailleurs fluctuant, en relation notamment avec une composante anxio-dépressive dont nous trouvons déjà les manifestations dans la surcharge fonctionnelle mentionnée ci-dessus.

Si l'on peut donc accepter une incapacité de travail à 100% pour toute activité de type service à la table dans un restaurant, l'activité de gestion d'un établissement, reconnu[e] et effectué[e] actuellement par le patient, n'est que légèrement limité[e], au maximum de 20-23%. Le patient ne décrit par ailleurs pas de syndrome de fatigue, qui pourrait entraîner une diminution du rendement au fur et à mesure de la journée.

Le pronostic paraît stable, hormis la possibilité d'un traitement antidépresseur, essayé par le passé, et rapidement interrompu, dans le but d'améliorer la composante anxio-dépressive et fonctionnelle.

B. Influence sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés
 - au plan physique
 - au plan psychique et mental
 - au plan social

Discret hémisyndrome sensitivomoteur limitant cependant la mobilité comme garçon de café et serveur d'un établissement public, de même que la diminution de la mobilité fine de la main D chez ce droitier. Par ailleurs, troubles mnésiques et de l'attention, avec une composante anxio-dépressive.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici
 - 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?
 - 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

0% comme serveur d'établissement public, mais 75% comme gestionnaire d'établissement, activité au guichet d'entrée de la discothèque, direction des collaborateurs.

- 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Oui, à 75%, selon les horaires habituels.

- 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non, selon le patient lui-même, qui ne décrit pas de syndrome de fatigue post AVC.

- 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis l'AVC lui-même, en avril 2012.

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

L'incapacité initialement totale s'est progressivement améliorée pour se stabiliser au taux d'activité mentionné ci-dessus à l'automne 2013 au plus tard.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ?

Elles ne paraissent pas nécessaires, dans la mesure où le patient conserve une activité. Si son emploi actuel ne correspond pas à une activité à plein temps par rapport aux restrictions émises ci-dessus, il serait néanmoins capable de l'effectuer.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Probablement une amélioration serait possible dans le cadre d'un traitement bien conduit de l'état anxio-dépressif sous-jacent, qui parasite quelque peu le status neurologique par une composante fonctionnelle, et aggrave probablement les troubles cognitifs mnésiques-attentionnels séquellaires.

- 2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Une amélioration de 10% pourrait être envisagée.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

- 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Le patient doit renoncer à toute activité de type serveur d'établissement public, avec rapidité de déplacement, manipulations de plateaux, d'assiettes, etc., et doit pouvoir poursuivre son activité de gestion d'établissement public dans un cadre sédentaire et calme. Ceci correspond à l'activité déjà effectuée actuellement, mais le patient mentionne qu'il n'y a pas de place pour une augmentation de cette activité dans l'établissement public qu'il dirige actuellement.

- 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

Comme mentionné ci-dessous, il n'y a pas lieu d'envisager une activité adaptée différente de celle de gestion de l'établissement public actuel ou similaire.

- 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non.

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

Cette activité est exigible depuis l'automne 2013 au plus tard.

- 3.5 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

-.-.-"

Dans un rapport SMR du 19 mai 2014, le Dr B._____ a retenu en tant qu'atteinte principale à la santé de l'assuré celle d'hémisyndrome sensitivomoteur droit discret avec troubles neuropsychologiques modérés, séquellaire d'un AVC thalamique gauche en avril 2012 (I 64) et comme pathologies associées un status post-cure d'hydrocèle et hernie inguinale droite (le 19 mars 2012), un état anxio-dépressif et dépressif sous-jacent. Se fondant sur le rapport d'expertise neurologique, qu'il qualifiait de convaincant, le médecin du SMR a constaté que le Dr X._____ signalait un état dépressif dont l'influence sur la capacité de travail pouvait aller en s'améliorant de l'ordre de 10% en cas de succès de traitement. Le Dr B._____ estimait néanmoins qu'un tel traitement n'était pas exigible compte tenu de sa faible marge « d'amélioration pronostiquée » par l'expert de sorte qu'une instruction dans ce sens n'était pas justifiée. Le Dr B._____ retenait le 18 mars 2012 (veille de la cure chirurgicale d'une hernie inguinale droite et de cure d'hydrocèle) comme date du début de

l'incapacité de travail, cette dernière étant de 100% en toutes activités dès le 18 avril 2012 (date de l'AVC thalamique gauche) puis seulement de 25 % dès le 1^{er} novembre 2013 (« automne 2013 ») dans une activité adaptée telle que celle de gérant de son établissement exercée en l'occurrence par l'assuré. Les limitations fonctionnelles consistaient à éviter tout travail sollicitant la mobilité et les manipulations fines de la main droite. L'aptitude à la réadaptation professionnelle était fixée à novembre 2013.

Selon une fiche d'examen du 14 juillet 2014 d'un collaborateur du Service d'enquête économique de l'OAI, J._____ a été considéré en tant que salarié de la société Q._____ SA dès lors qu'il avait déclaré n'en posséder qu'une seule action nonobstant sa qualité d'administrateur de cette entreprise.

Il ressort en particulier ce qui suit d'un compte rendu d'entretien du 2 septembre 2014 de l'assuré avec la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI :

“Examen des MOP / projet professionnel de l'assuré :

M. J._____ a 56 ans (il est né le [...]1958). Il n'a pas de formation et a toujours travaillé dans le domaine de la restauration.

Je lui propose d'effectuer une mesure d'orientation (un stage d'orientation, par exemple) pour l'aider à cibler d'autres pistes professionnelles respectant les LF [limitations fonctionnelles] retenues [par] le SMR.

M. J._____ (qui a repris son activité d'administrateur du restaurant-discothèque Q._____ SA à [...] à 50%) m'explique qu'il ne peut pas concevoir de quitter son poste pour suivre une quelconque mesure d'orientation (pour réfléchir à de nouvelles pistes professionnelles) ou de formation.

« Imaginez, à mon âge, je fais une formation et après, si je ne trouve pas de travail, je fais quoi? ».

M. J._____ est clair: il préfère continuer à exercer son activité à 50% pour le moment que de bénéficier d'une quelconque mesure (un stage pratique, par exemple) qui ne va pas forcément lui garantir de trouver un emploi par la suite. Il estime que c'est beaucoup trop risqué à son âge.

Il préfère chercher à compléter son revenu actuel (correspondant à un 50%) sans bénéficier d'une éventuelle formation (sous forme de stage pratique ou autre) de notre part avant.

Il dit ne pas avoir besoin d'un délai de réflexion. « Je dois assurer un salaire pour vivre! Le risque est trop grand que je ne retrouve pas de travail ailleurs! ».

Je lui explique que nous allons donc rendre notre décision sur une approche théorique.

M. J. _____ en est conscient.

Il me dit qu'il ne veut tout de même pas bénéficier d'une mesure que de l'aide au placement.

Suite :

Les conditions subjectives ne sont pas remplies pour la mise en place de MOP [mesures d'ordre professionnel].

Ceci étant, dans cette situation et au vu de l'âge, du manque de formation et du parcours professionnel de l'assuré, aucune MOP (simple, adéquate et respectant le principe de proportionnalité) ne serait susceptible de réduire le préjudice économique.

J'informe l'assuré qu'il va recevoir un projet de décision en ce qui concerne le droit à la rente ultérieurement.

Nous préconisons l'octroi de l'aide au placement sous forme d'une première séance d'information collective afin que M. J. _____ puisse bénéficier d'un soutien de notre service de placement par la suite s'il le souhaite."

Dans un certificat du 14 octobre 2014, le Dr F. _____ a attesté un arrêt de travail de son patient à 50% pour la période du 1^{er} avril au 30 juin 2014, arrêt qu'il qualifiait de « probablement définitif » et sans plus amples précisions.

Dans son rapport du 21 octobre 2014, la spécialiste en réinsertion professionnelle a exposé notamment ce qui suit :

"M. J. _____ ne souhaite pas quitter son poste au sein de sa propre société (qu'il peut encore exercer à 50%) pour suivre une quelconque MOP (favorisant la reprise d'une activité adaptée à ses LF à 75% ailleurs).

Au vu de son âge, de son manque de formation et de son parcours professionnel (il a toujours travaillé dans la restauration), aucune MOP (simple, adéquate et respectant le principe de proportionnalité) n'est susceptible de réduire le préjudice économique.

Conclusion :

Capacité de travail dans l'activité habituelle : 0% comme serveur, 75% dans la gestion de l'établissement de sa propriété (selon le rapport SMR du 19.5.2014).

Voir ma note de l'entretien du 2.9.2014 (gedée le 16.10.2014).

M. J. _____ a repris son activité au sein de sa société Q. _____ SA (restaurant-discothèque) à 50%. Dans cette société, il effectuait (avant son atteinte à la santé) des tâches qui ne respectent pas les LF (il travaillait notamment comme serveur) à un taux qui correspond à un 50%.

Il n'y a pas de possibilité d'augmenter les tâches administratives (qui correspondent à l'autre 50%).

M. J. _____ ne va, dès lors, pas pouvoir augmenter son taux actuel (de 50%) au sein de sa société.

Il n'est pas possible d'affirmer qu'il aurait la possibilité de viser un poste d'administrateur pur à 75% ailleurs que dans sa discothèque. Il ne possède pas, en effet, les compétences nécessaires pour pouvoir chercher un tel poste (purement administratif) dans une autre entreprise.

Capacité de travail dans une activité adaptée : 75% (selon le rapport SMR du 19.5.2014).

Revenu sans invalidité (dès 11.2013) : Fr. 75'928.-

Voir rapport de [...] du 14.7.2014.

Pour déterminer le RS susmentionné, nous avons tenu compte du salaire que l'assuré aurait pu percevoir en 2012 sans atteinte à la santé (selon le RE du 7.10.2012) et avons ajouté une indexation de 0.7 % pour l'année 2013.

Revenu avec invalidité Fr. 42'428.45 en 2013 (voir calcul ESS ci-joint).

Ce montant correspond au salaire que l'assuré pourrait percevoir en exerçant des activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation particulière.

Préjudice économique : Fr. 33'499.55 Degré d'invalidité : 44.12%

Aide au placement

Nous préconisons l'octroi de l'aide au placement afin que l'assuré puisse participer à une première séance collective et bénéficier s'il le souhaite du soutien de notre service de placement par la suite."

Par communication du 5 novembre 2014, l'Office AI a octroyé le droit à des mesures d'ordre professionnel à l'assuré sous la forme d'une orientation et d'un soutien dans ses recherches d'emploi fournis par son service de placement.

Selon un compte rendu d'entretien téléphonique du 13 novembre 2014, l'assuré a fait part de son refus d'un soutien du service de placement de l'OAI dès lors qu'il ne prévoyait pas de rechercher une

activité adaptée afin de compléter son activité habituelle exercée à mi-temps.

Par projet de décision du 19 novembre 2014 - intégralement confirmé selon deux décisions du 27 janvier 2015 - l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une demi-rente dès le 1^{er} mars 2013 basée sur un degré d'invalidité de 50%, et dès le 1^{er} février 2014, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail, le droit à un quart de rente basée sur un degré d'invalidité de 44%. Ses constatations étaient les suivantes :

“Résultat de nos constatations :

Vous avez déposé une demande de prestations AI le 28 septembre 2012.

Selon les renseignements en notre possession, vous présentez une incapacité de travail depuis le 18 mars 2012. C'est donc à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année.

Après analyse de votre situation, nous relevons que vous avez repris votre activité professionnelle habituelle à 30% dès le 2 juillet 2012, puis à 50% depuis le 1^{er} février 2013. Actuellement, vous continuez à travailler à 50% au sein de la société «Q._____ SA » et une augmentation de ce taux n'est pas envisageable.

Toutefois, sur la base du rapport d'expertise médicale du 1^{er} mai 2014, il ressort que vous conservez une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, et ce depuis novembre 2013.

Vous ne souhaitez cependant pas quitter votre emploi pour suivre une quelconque mesure professionnelle. Par ailleurs, nous relevons qu'aucune mesure ne permettrait de réduire votre préjudice économique, que nous avons évalué comme suit:

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

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'901.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'109.29 (CHF 4'901.- x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311.51.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2013 (+ 1%, + 0,80% + 0,70%; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 62'856.96 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 75%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 47'142.72 par année.

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

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 42'428.45.

Sans atteinte à la santé, votre salaire annuel en 2013 se serait élevé à CHF 75'928.-.

Comparaison des revenus:

sans invalidité	CHF	75'928.00			
avec invalidité	CHF	42'428.45			
La perte de gain s'élève à	CHF	33'499.55	=	un	degré
d'invalidité de 44%					

Notre décision est par conséquent la suivante :

Dès le 1^{er} mars 2013, soit l'échéance du délai d'attente, vous avez droit à une demi-rente AI, basée sur un degré d'invalidité de 50%.

Dès le 1^{er} février 2014, soit trois mois après l'amélioration de votre capacité de travail (selon l'art. 88 a al. 1 RAI), vous avez droit à un quart de rente AI, basé sur un degré d'invalidité de 44%."

Le 23 décembre 2014, l'assuré a écrit qu'une réadaptation professionnelle même partielle n'était plus envisagée. Dans un rapport

final du 15 janvier 2015 de sa Division réadaptation, l'OAI a donc mis fin à la mesure de placement précédemment octroyée.

B. Par acte du 26 février 2015, J._____, représenté par Me Lionel Zeiter, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision rendue le 27 janvier 2015 qui lui reconnaît le droit à un quart de rente à partir du 1^{er} février 2014 en concluant avec dépens à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une demi-rente également dès cette dernière date. Il soutient en substance et s'agissant de sa capacité de travail que l'expertise au dossier serait lacunaire ; d'une part l'expert retiendrait, entre autres, un état anxio-dépressif mais n'étant lui-même pas psychiatre, il n'en aurait pas objectivé les conséquences sur la capacité de travail du recourant. Or, à suivre ce dernier cette pathologie psychiatrique justifierait une capacité résiduelle de travail de 65 à 70% et non pas celle retenue de 75%. Pareille évaluation serait d'ailleurs plus en adéquation avec les derniers certificats du Dr F._____. Le recourant relève d'autre part, l'absence totale d'investigation quant au caractère plausible d'une reprise d'activité professionnelle « au maximum de ses possibilités » compte tenu de son AVC d'avril 2012 lié à son hypertension. En y intégrant son état dépressif, il avance ne bénéficier que d'une capacité de travail de 65% sur le plan médical. Le recourant impute pour terminer à l'intimé une violation des règles de calcul relatives à son atteinte économique ; ainsi allègue-t-il d'une part qu'en se fondant sur ce taux de 65% et moyennant la prise en compte du facteur d'abattement de 10% tel que ressortant de la décision querellée, son revenu d'invalidé ne serait plus que de 36'771 fr. 30 ce qui après comparaison des revenus lui ouvrirait le droit à la demi-rente ($(\{75'928 \text{ fr.} - 36'771 \text{ fr.} 30\} / 75'928 \text{ fr.}) \times 100$). A suivre le recourant son revenu avec invalidité serait même inférieur à celui précité étant précisé qu'outre ses limitations fonctionnelles, la prise en considération de son âge « très avancé pour intéresser le marché du travail » (en l'occurrence 56 ans) et de ses années de service justifierait un abattement « personnalisé » non pas de 10% mais de 20%; il allègue ainsi que même en retenant une capacité de travail de 75% (ce qu'il conteste au demeurant), la perte de gain après comparaison entre son revenu sans invalidité (75'928 fr.) et celui

d'invalide (37'714 fr. [soit 47'142 fr. 72 x 80%]) s'avèrerait supérieure à 50% et lui ouvrirait le droit à la demi-rente ($(\{75'928 \text{ fr.} - 37'714 \text{ fr.}\} / 75'928 \text{ fr.}) \times 100$). Le recourant soutient en définitive que la « correction d'un seul de ces défauts », à savoir soit la prise en compte d'une capacité de travail exigible de 65% ou celle d'un facteur d'abattement de 20% sur son revenu d'invalide, lui donnerait droit à une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 50% minimum - et non pas uniquement à un quart de rente tel que retenu en l'espèce par l'intimé.

Il a produit un certificat médical établi le 23 janvier 2015 par le Dr F. _____ attestant que le recourant présente un arrêt de travail à 60% pour la période du 1^{er} juillet 2014 au 31 mars 2015.

Dans sa réponse du 22 avril 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée soutenant en substance que l'état de stress du recourant ayant conduit à son accident vasculaire d'avril 2012 ne constitue pas une entrave à l'exercice d'un emploi adapté dès lors que l'intéressé respecte le traitement médicamenteux prescrit tendant à contrôler sa pression artérielle. Par ailleurs, la faible amélioration attendue d'une prise d'antidépresseurs pour soigner l'état anxio-dépressif susceptible de contribuer aux troubles neuropsychologiques constatés, ne justifierait pas l'exigibilité d'un tel traitement de la part de l'assuré selon l'avis du Dr B. _____ du SMR, la thymie du recourant n'étant en outre pas suffisamment abaissée pour requérir l'avis d'un spécialiste en la matière. Se référant au calcul exigible selon le rapport final du 21 octobre 2014 de sa spécialiste en réinsertion professionnelle, l'intimé ajoute que contrairement à ce qui est mentionné par erreur dans l'acte litigieux, l'abattement de 10% retenu prend notamment en compte les facteurs que sont l'âge et le taux d'occupation résiduel de l'assuré. Il ajoute que les années de service ne constitue pas un paramètre de nature à réduire les perspectives salariales du recourant au regard des activités restant exigibles de sa part. D'avis qu'il a suffisamment tenu compte des limitations fonctionnelles du recourant telles que mises en évidence par l'expertise, l'intimé confirme le bien-

fondé de l'abattement global de 10% sur le revenu d'invalidé obtenu à partir des valeurs moyennes statistiques.

Par réplique du 8 mai 2015, le recourant a intégralement maintenu les conclusions mentionnées à l'appui de son acte du 26 février 2015. Il a produit un nouveau certificat médical du 14 avril 2015 dans lequel le Dr F._____ atteste une incapacité de travail à 60% de son patient pour la période du 1^{er} avril au 31 octobre 2015. Le recourant en déduit la confirmation de l'arrêt de travail à 60% selon le précédent certificat établi le 23 janvier 2015 par son médecin traitant. Il produit également une liste de neuf rendez-vous de physiothérapie auprès de la Clinique [...] entre le 13 février et le 10 avril 2015 et précise qu'il s'agit d'un traitement essentiellement conservatoire dès lors qu'aucune amélioration ne serait à en attendre.

Au terme de sa duplique du 28 mai 2015, l'OAI a conclu derechef au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée.

Le 15 décembre 2015, le recourant a produit un certificat médical établi le 4 décembre 2015 par le Dr F._____ et attestant d'un arrêt de travail à 60% du 1^{er} novembre 2015 au 31 janvier 2016.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire

l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et qui satisfait notamment aux réquisits de l'art. 61 LPGA.

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

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit éventuel du recourant à continuer à recevoir une demi-rente au lieu d'un quart de rente dès le 1^{er} février 2014.

Pour la période précédant le mois de février 2014, précisément du 1^{er} mars 2013 au 31 janvier 2014, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 50%, ce qui ne prête pas flanc à la critique au regard des pièces au

dossier - et n'est d'ailleurs pas contesté en l'occurrence - confirmant la reprise par l'assuré de son activité de gérant de la société Q. _____ SA à 30% dès le 2 juillet 2012 puis à 50% depuis le 1^{er} février 2013. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur la question. Par ailleurs, le recourant ne conteste pas la fixation du début du droit à la rente.

Selon la jurisprudence (cf. ATF 125 V 413 consid. 2b ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011, consid. 2.2), 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'art. 17 LPGA.

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

Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201) dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir

les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que le droit à la rente est échelonné, en ce sens que l'assuré a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité pour un taux d'invalidité de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50% au moins, à trois quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60% au moins et à une rente entière pour un taux

d'invalidité de 70% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. 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_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

b) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C_368/2013 du 25 février 2014, consid. 4.2.4, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des

examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013, consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère

incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012, consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012, consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011, consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

5. a) Sur le plan somatique, l'expert a retenu le 1^{er} mai 2014 le diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail de troubles cognitifs modérés (mémoire, attention) séquellaires d'un AVC thalamique gauche, par ailleurs responsable d'un discret hémisyndrome sensitivomoteur séquellaire à l'hémicorps droit.

Dans un travail adapté à la diminution de la mobilité du recourant en tant que garçon de café et serveur de même qu'à celle de la mobilité fine de sa main droite - comme l'est d'ailleurs l'activité de gestionnaire d'établissement (au guichet d'entrée de la discothèque et à la direction des collaborateurs) -, il a estimé que la capacité de travail exigible nulle depuis l'accident du printemps 2012 s'était progressivement améliorée, le recourant ayant d'ailleurs repris son activité comme gérant à 30% dès le 2 juillet 2012 puis à 50% depuis le 1^{er} février 2013. Selon le Dr X._____ l'incapacité de travail s'était ainsi progressivement amendée pour finalement permettre la reprise par l'assuré de son activité comme gestionnaire d'établissement public au taux de 75% au plus tard à l'automne 2013 et sans que des mesures de réadaptation professionnelle ne soient indiquées.

Ces conclusions ont été partagées par le Dr B. _____ du SMR - suivi ensuite par l'intimé dans sa décision - qui les a faites siennes. Dans son rapport du 19 mai 2014, ce médecin retient une incapacité de travail du recourant à 100% en toutes activités dès le 18 mars 2012 puis finalement de 25% dès le 1^{er} novembre 2013 (« automne 2013 ») et dans une activité adaptée telle celle de gérant exercée en l'occurrence. Le médecin du SMR n'a donc pas retenu une capacité de travail résiduelle différente de celle fixée par l'expert dans son rapport du 1^{er} mai 2014.

Il n'existe d'ailleurs aucun rapport médical motivé mettant en doute l'appréciation de l'expert.

Dans ses rapports des 23 mai et 10 décembre 2012, le Dr P. _____, neurologue, retient un diagnostic identique à celui posé par l'expert. Il dit ne pas avoir d'argument en faveur d'une péjoration sans proposer de mesures thérapeutiques spécifiques, la poursuite de la physiothérapie étant d'ailleurs inutile.

Quant au Dr W. _____, n'ayant été consulté qu'à une seule reprise par l'assuré, soit le 1^{er} mai 2012, on ne peut pas valablement se fier à ses constatations pour l'appréciation de l'évolution de l'état de santé du recourant, notamment depuis l'automne 2013.

Le 25 juin 2012, le Dr C. _____ a pour sa part exclu toute participation oto-rhino-laryngologique dans les plaintes de l'assuré en lien avec des sensations d'instabilité à la marche dans la discothèque.

Quant aux rapports et certificats médicaux du Dr F. _____, il n'est pas possible de s'y référer valablement. Ces documents, outre le fait qu'ils émanent d'un médecin consulté par l'assuré et doivent déjà être admis avec réserve (cf. consid. 4b supra), ont un contenu trop laconique qui ne satisfait d'emblée pas aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître valeur probante ; dans ses certificats des 14 octobre 2014, 23 janvier, 14 avril et 4 décembre 2015, le médecin traitant se borne à mentionner des périodes d'arrêt de travail sans en motiver les causes ni

indiquer si ces incapacités s'entendent dans l'activité habituelle de son patient ou dans des activités adaptées. Ce praticien a de plus indiqué dans ses rapports des 22 octobre 2012 et 2 avril 2013 un pronostic qu'il qualifiait de bon en mentionnant même la reprise progressive de l'activité de restaurateur au taux de 75% à la fin 2013. Le Dr F._____ a en outre confirmé ses pronostics dans un rapport du 2 mai 2013 rédigé pour l'assureur perte de gain R._____. Force est d'admettre en définitive que les conclusions des rapports et des certificats établis par le médecin traitant sont contradictoires entre elles.

S'agissant des prises de rendez-vous de physiothérapie sur la période de la mi-février à la mi-avril 2015 auprès de la Clinique [...], non étayées, celles-ci ne font donc état d'aucun argument de nature à valablement rediscuter les constatations et conclusions du rapport d'expertise du 1^{er} mai 2014.

Quant aux conséquences du stress sur son état de santé dont se prévaut le recourant en lien avec la reprise d'une activité professionnelle au maximum de ses possibilités attestées par l'expert, force est de relever avec l'intimé que cela ne constitue pas une entrave à l'exercice d'un emploi adapté dès lors que l'intéressé respecte le traitement médicamenteux prescrit tendant à contrôler sa pression artérielle.

b) Sur le plan psychiatrique et bien qu'il ne soit certes pas un spécialiste en la matière, le Dr X._____ a mentionné le 1^{er} mai 2014 des éléments de la lignée anxio-dépressive (un état anxio-dépressif sous-jacent) susceptibles de contribuer aux troubles neuropsychologiques mis en évidence (léger parasitage du status neurologique par une composante fonctionnelle avec une probable aggravation des troubles cognitifs mnésiques-attentionnels séquellaires). Appelé à se prononcer sur l'appréciation de l'expert neurologue, le médecin du SMR a toutefois estimé le 19 mai 2014 que seule une amélioration de 10% de l'aptitude au travail étant mentionnée en cas de traitement des éléments anxio-dépressifs relevés, un tel traitement n'était pas exigible du recourant

compte tenu de sa faible marge « d'amélioration pronostiquée ». Selon le Dr B. _____ une instruction auprès d'un spécialiste en la matière n'était par ailleurs pas justifiée. Cette analyse de la situation s'avère correcte dès lors que le recourant n'est en effet pas suivi sur ce plan. Il n'y a également aucun rapport ou certificat des médecins consultés posant un diagnostic psychiatrique et attestant d'une incapacité de travail due à des troubles de cet ordre. Partant, l'appréciation du médecin du SMR n'est aucunement mise en doute par quel qu'autres documents médicaux au dossier. De plus et contrairement à ce que semble en dire le recourant, même si l'aspect psychique sort de sa spécialisation, l'expert était apte à recueillir des éléments de cette nature et à indiquer le cas échéant, si la situation justifiait l'avis d'un médecin psychiatre. Cela ne dépassait pas le cadre de son mandat. En l'espèce, le Dr X. _____ s'est d'ailleurs limité à mentionner l'éventualité d'un traitement de l'état anxio-dépressif sous-jacent chez l'expertisé sans poser de diagnostic sur le plan psychiatrique.

c) En définitive, l'expertise du Dr X. _____ comprend une anamnèse, fait état des plaintes du recourant, est exempte de contradictions et relève d'une étude approfondie du cas de celui-ci (examen de l'ensemble des pièces au dossier et examen clinique avec bilan cognitif détaillé). Ses conclusions, bien motivées, ne sont pas mises en doute par d'autres rapports médicaux. Elle a ainsi valeur probante.

Force est dès lors de retenir une capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée augmentée à 75% au plus tard depuis le 1^{er} novembre 2013. L'état de santé du recourant s'est ainsi amélioré.

6. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, dans le cas des assurés exerçant une activité lucrative, 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.

Il s'agit donc de comparer deux revenus hypothétiques, soit le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu hypothétique d'invalidé.

a) En l'espèce, dans la comparaison des revenus opérée par l'OAI, le recourant ne critique pas le calcul de son revenu sans atteinte à la santé, fixé à 75'928 fr. pour 2013. Il conteste en revanche la détermination du revenu hypothétique d'invalidé raisonnablement exigible de sa part.

b) aa) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence, comme en l'espèce, d'un tel revenu, le revenu d'invalidé peut être évalué sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA ou, comme en l'espèce, sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3 et 9C_57/2008 du 3 novembre 2008, consid. 3). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb; TFA I 171/2004 du 1^{er} avril 2005, consid. 4.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007, consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

bb) En l'occurrence, le salaire de référence de 62'856 fr. 96 retenu par l'intimé en tant que revenu d'invalidé du recourant pour 2013 l'est sur la base des données de l'ESS, procédé que le recourant ne conteste pas en soi dès lors qu'il s'en prend uniquement au taux d'activité résiduel retenu de 75% ; il s'agit en effet du revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, 4'901 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA 1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2013 (41,7 heures; La Vie économique, 12-2014, p. 92, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 5'109 fr. 29 (4'901 fr. x 41,7 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 61'311 fr. 51, soit après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2013 (+ 1.0% [2010 à 2011], + 0.8% [2011 à 2012] et + 0.7% [2012 à 2013]; La Vie économique, 12-2014, p. 93, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 62'856 fr. 96. Etant donné qu'il est raisonnablement exigible de l'assuré qu'il exerce une activité de substitution à 75%, le salaire hypothétique d'invalidé 2013 se monte en définitive à 47'142 fr. 72.

cc) Le montant résultant des données statistiques peut faire l'objet d'une réduction. L'OAI a procédé à un tel abattement de 10% dans la décision attaquée. Il a expliqué dans sa réponse que cette déduction tient compte des limitations fonctionnelles du recourant telles que mises en évidence par l'expertise ainsi que des facteurs que sont l'âge et le taux d'occupation de l'assuré.

Le recourant estime cela injustifié. Il soutient en effet que compte tenu de ses années de service et des limitations liées au handicap la prise en compte d'un abattement de 20% devrait être admise en l'espèce sur les données statistiques de l'ESS.

La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références; voir également TFA I 848/2005 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3). Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus de pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif

pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

dd) Selon l'expert, le recourant souffre d'un discret hémisyndrome sensitivomoteur limitant la mobilité comme garçon de café et serveur d'un établissement public, de même qu'entraînant la diminution de la mobilité fine de la main droite chez ce droitier et des troubles mnésiques et de l'attention.

Les limitations fonctionnelles présentées par le recourant - somme toute peu importantes - ne présentent pas de spécificités telles qu'il y aurait lieu d'en tenir compte dans une mesure importante au titre de la déduction sur le salaire statistique. En effet, pour fixer le revenu d'invalidé, l'OAI s'est fondé, conformément à la jurisprudence, sur les données économiques statistiques, singulièrement sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 4 de qualification). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalidé dès lorsqu'il recouvre un large éventail des activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TF 9C_963/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.5).

Les considérations du recourant relatives à une expérience professionnelle ne sauraient être retenues à titre de critères déterminants dans la mesure où l'absence d'expérience dans certains domaines d'activités n'a que peu d'influence sur la rémunération perçue pour l'accomplissement de tâches simples et répétitives.

Certes, le recourant était âgé de 56 ans lorsque l'expertise a été effectuée. Toutefois, compte tenu de l'ensemble des circonstances, on doit admettre qu'il en est tenu compte dans le taux d'abattement de 10%.

Le recourant n'a pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (cf. TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Il est encore éloigné du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 4.2 et les références).

En conclusion, le taux d'abattement de 10% retenu par l'intimé n'apparaît pas critiquable.

c) Moyennant la prise en compte d'un abattement de 10%, le salaire avec invalidité s'élève en conséquence à 42'428 fr. 45 ($[47'142 \text{ fr. } 72 \times 90] / 100$), le taux d'invalidité du recourant étant dès lors de 44.12% ($[(75'928 \text{ fr.} - 42'428 \text{ fr. } 45) / 75'928 \text{ fr.}] \times 100$), arrondi à 44% (cf. ATF 130 V 121) ainsi que le retient à raison l'Office AI dans la décision querellée. C'est ainsi à tort que le recourant le conteste.

Le droit à la demi-rente n'est ainsi plus ouvert au recourant, son taux d'invalidité de 44% lui donnant droit à un quart de rente dès le 1^{er} février 2014, soit après trois mois à compter de l'amélioration de la capacité de gain datant du 1^{er} novembre 2013 au plus tard (cf. consid. 2b et 3 supra).

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation des décisions rendues le 27 janvier 2015 et qui reconnaissent au recourant le droit à une demi-rente dès le 1^{er} mars 2013 puis à un quart de rente dès le 1^{er} février 2014.

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 (art. 69 al. 1bis LAI). Pour les affaires en matière

d'assurance-invalidité, l'émolument est compris entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 4 al. 2 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur et de la difficulté de la cause, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressé n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé le 26 février 2015 par J._____ est rejeté.
- II. La décision attaquée est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de J._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Lionel Zeiter (pour J. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :