

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 juin 2018

Composition : M. NEU, président
MM. Gutmann et Berthoud, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alain Pichard, avocat à Vevey,

et

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

Art. 6ss et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1-2 et 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a achevé sa scolarité obligatoire (voie secondaire à options) en juillet 2004. Après des stages et une première expérience dans le domaine de la restauration en tant que livreur de pizzas, il a débuté un apprentissage de cuisinier d'une durée de trois ans, dès le 1^{er} août 2007, auprès de l'EMS B. _____ à [...]. Le 22 janvier 2010, il a été annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre d'une démarche de détection précoce. Selon le formulaire idoine, complété par l'assureur perte de gain maladie G. _____, l'assuré était totalement incapable de travailler depuis le 9 novembre 2009 en raison de dépression. A la suite de cette intervention, l'OAI a observé que le dépôt d'une demande de prestations pour adultes n'était pas indiqué, l'intéressé voyant son état de santé s'améliorer avec une reprise du travail en plein attendue au printemps de l'année 2010.

B. Le 13 octobre 2011 vers 14h.30, l'assuré a été victime d'un accident de la voie publique en tant que passager arrière d'un véhicule alors qu'il circulait avec des amis sur la route de [...] en direction d'un chalet situé à la [...] (VD). Non porteur de la ceinture de sécurité, il a été éjecté à plusieurs mètres de la voiture qui, après sa sortie de route en raison de sa vitesse inadaptée, a effectué au moins un tonneau. Hélicoptéré au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) à [...], il y a été hospitalisé dans le service de médecine intensive jusqu'au 10 novembre 2011, date de son transfert à l'Hôpital W. _____, site de [...], pour suite de sevrage de trachéotomie et neuro-réhabilitation. Le Dr K. _____, neurochirurgien qui l'a opéré le jour de l'accident, a posé le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral (TCC) sévère avec hématomes épiduraux pariétal droit et temporal gauche, contusion hémorragique temporale droite et du gyrus droit à gauche et du gyrus frontal moyen à droite, contusion temporo-polaire à droite et des portions médiane et postérieure du gyrus orbitaire droit, fracture du rocher à gauche et fracture du tiers moyen de la clavicule à gauche. De son côté, le Dr X. _____ et son

équipe, du service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) du CHUV, ont diagnostiqué une probable céphalée de tension chronique et un status après traumatisme crânio-cérébral le 13 octobre 2011 dont l'évolution était favorable, même si l'assuré présentait néanmoins une gêne vocale faible (corde vocale gauche paralysée en position intermédiaire). Une rééducation logopédique était de mise avec un prochain contrôle prévu à un an de l'accident. Dans un rapport du 8 juillet 2013, la Dresse N._____, médecin associée au département de l'appareil locomoteur (DAL) du CHUV, a fait part de lombalgies chroniques évoluant dans un contexte (socio-professionnel et professionnel) difficile.

A l'occasion de l'expertise pluridisciplinaire (neurologique, neuropsychologique et psychiatrique) mandatée par l'assureur RC du véhicule (V._____), l'assuré a été convoqué dans les locaux du C._____. (C._____) à [...] à plusieurs reprises entre le 13 février et le 9 mai 2014. Il y a été examiné par la Dresse E._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie et experte SIM, par le Dr P._____, spécialiste FMH en neurologie et expert médical SIM, par la Dresse L._____, psychologue et spécialiste en neuropsychologie FSP/ASNP, par le Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie et par la Dresse F._____, spécialiste FMH en ORL-chirurgie cervico-faciale et experte SIM. Ces experts ont établi leur rapport le 11 juin 2014 après lecture attentive de l'ensemble du dossier à disposition ainsi que selon les règles de l'art en matière d'expertises médicales. Ils ont posé les diagnostics suivants :

"Syndrome post-contusionnel F07.2 avec lésions fronto-temporales droites résiduelles (traumatisme du 11 [recte : 13].10.2011)

Anxiété généralisée avec dysmorphophobie F41.1

Dysthymie F34.1

Personnalité immature F60.8

Acouphène gauche H93 et hyperacousie H93.2 post-traumatiques

Céphalées post-traumatiques vraisemblables

Status post-crâniotomie le 13.10.2011 fronto-temporale gauche pour évacuation d'un hématome épidural, pose de PIC

Status après trachéotomie le 26.10.2011 dans le cadre d'un TCC avec atteinte des dernières paires crâniennes ayant entraîné des troubles de la déglutition et de la phonation

Status après fracture du rocher à gauche, subluxation temporo-mandibulaire gauche S02.1

Status après fracture de la clavicule gauche S42.0

Dorsalgies communes bénignes chroniques fonctionnelles M54.9

Insuffisance pondérale d'origine indéterminée E45

Trouble de réfraction avec amblyopie durant l'enfance H53.0

Status après amygdalectomie, otites à répétition, circoncision durant l'enfance."

Compte tenu de l'évolution favorable, de même que sur la base de leurs propres constatations cliniques, les experts retenaient dans la synthèse et leur discussion consensuelle du cas que les atteintes précitées motivaient la prise en compte d'un « état de consolidation » acquis à deux ans de l'accident, soit dès octobre 2013. Ils ont estimé que depuis lors les suites de l'accident justifiaient de retenir une incapacité de travail de l'assuré à 50% tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée à son état de santé. Ils ajoutaient néanmoins que « le rendement effectif est à déterminer par une mise en situation dans un atelier professionnel, à un taux d'activité de 50% ». En pages 64, 65 et 66 de leur rapport, les experts ont notamment répondu comme il suit aux questions qui leur étaient adressées :

"D. CAPACITÉ DE TRAVAIL

5. A) L'atteinte à la santé due à l'accident provoque-t-elle une incapacité de travail dans son activité de cuisinier ?

Au plan de la médecine interne et rhumatologique

Les activités sollicitant les muscles pectoraux contre résistances sont à éviter à gauche. M. décrit très bien des suites de sa fracture de clavicule une douleur lors des appuis faciaux à gauche, ce qui est compatible.

Au plan neurologique & neuropsychologique

La résistance au stress est abaissée avec irritabilité et colères. Or le travail de cuisinier nécessite une bonne résistance au stress dans les moments de « coup de feu », l'exposition à de fortes chaleurs (ainsi que la proximité de l'alcool). La

concentration doit être soutenue. Ce travail n'est plus adapté à Monsieur du fait de ce type d'exigences et des risques.

Un travail de préparation des aliments ou d'aide hors périodes de stress des repas pourrait être par contre envisagé.

Au plan ORL

L'activité dans son métier de cuisinier devrait tenir compte du bruit ambiant à la place de travail. En effet, cet expertisé souffre d'une hyperacousie bilatérale qui est aggravée par l'ambiance sonore. Sa place de travail devra être relativement silencieuse et il faudra éviter tous les bruits notamment de ventilation ou de vaisselle entrechoquée. Il présente un acouphène qui n'est que partiellement compensé et qui est une gêne continue dans des situations qui nécessitent de la concentration. La capacité de travail n'est pas diminuée sur le plan ORL, à condition que le lieu de travail soit adapté sur le plan de l'environnement sonore.

Au plan psychiatrique :

Oui. Les limitations retenues sont énumérées plus haut (cf. supra, *Discussion au plan psychiatrique, Limitations fonctionnelles et capacité de travail*). Elles se manifesteront dans toute activité, y compris celle de cuisinier. Cette activité est connue pour des moments de « coup de feu » caractérisé par un stress de performance et relationnel de haute intensité, peu compatible avec l'état psychique de l'expertisé. Pour cette raison nous recommandons une évaluation du rendement réel en situation, c'est-à-dire dans un atelier professionnel.

B) Si oui, dans quelle mesure en % ?

Au plan somatique il existe une diminution de la capacité de travail de 50%. Globalement, les experts admettent une incapacité de travail globale de 50%.

L'évaluation du rendement professionnel réel est réservé[e]. Nous proposons une évaluation en atelier professionnel avant de nous prononcer sur la capacité de travail réelle incluant le rendement.

C) Dans une activité adaptée quelle serait l'incapacité de travail en % ?

Même taux, 50%, avec un rendement réservé, à déterminer en situation.

E. ÉTAT DÉFINITIF

6. L'état final est-il atteint (à partir de quelle date) ou faut-il poursuivre un traitement médical

a) afin d'obtenir une amélioration notable de l'état de santé et/ou une augmentation de la capacité d'exercer une activité lucrative ?

Au plan de la médecine interne et rhumatologique

Oui. Etat final atteint. Pas de traitement à envisager. Fracture claviculaire consolidée.

Au plan neurologique & neuropsychologique pas d'amélioration notable à envisager du fait des séquelles neuropsychologiques dans le contexte de capacités limitées déjà avant l'accident par un parcours scolaire de base difficile et l'interruption de la formation avant l'accident. Instabilité professionnelle avant l'accident.

Pas de traitement neuropsychologique à proposer.

En cas de nouvelle formation professionnelle, une aide personnelle pour l'apprentissage et la gestion de cours améliorerait les chances de réussite. Si le patient subit un palier de rééducation à la CRR cela peut être réalisé.

Au plan ORL

Il n'y a aucune amélioration notable à espérer. Les acouphènes et l'hyperacousie risquent de devenir un problème permanent.

Au plan psychiatrique :

Oui, l'état définitif est atteint depuis octobre 2013 (*statu quo sine*).

b) pour éviter une notable aggravation de l'état de santé actuel ?

Au plan de la médecine interne et rhumatologique

Il n'y a pas eu de répercussion sur l'articulation gléno-humérale. Je n'ai pas mis en évidence de signe de surcharge de l'articulation acromio-claviculaire actuelle. A terme une arthrose acromio-claviculaire n'est pas exclue. Il existe des signes évoquant un seuil anaérobie plus vite atteint pour la musculature pectorale gauche.

Au plan neurologique et neuropsychologique : pas de traitement mais un encadrement par le médecin traitant et une structure de réinsertion professionnelle spécialisée.

Au plan ORL

Il est absolument indispensable d'éviter tout traumatisme acoustique. Le patient de lui-même ne s'expose plus aux bruits excessifs (il ne sort plus en discothèque entre autres). Les ambiances totalement silencieuses ne sont pas non plus propices notamment pour les phénomènes d'accoutumance.

Au plan psychiatrique :

Un traitement spécialisé est recommandé. Cf. supra, *Discussion au plan psychiatrique, Perspective thérapeutique et pronostic*) pour la motivation de cette opinion, la nature et la durée du traitement proposé.

Le cas échéant, quel traitement médical conseillez-vous et pendant combien de temps ?

Au plan de la médecine interne et rhumatologique

Pas de traitement susceptible d'enrayer l'évolution d'une arthrose acromio-claviculaire à terme si ce n'est l'évitement d'activité contre forte résistance, ou de lourdes charges régulières du MSG [membre supérieur gauche].

Au plan neurologique & neuropsychologique

Il apparaît qu'un contrôle annuel s'impose durant les 5 prochaines années par un médecin habitué à [la] gestion d'une neuro-réhabilitation (CHUV, CRR) selon le choix de son médecin traitant.

Au plan ORL

Aucun traitement médical actuellement.

Au plan psychiatrique :

Cf. réponse à la question précédente."

Le 17 juillet 2014, l'assuré, sans emploi et bénéficiaire du revenu d'insertion (RI), a été annoncé à l'OAI par le Centre Social Régional (CSR) [...] en vue d'une détection précoce en raison d'une incapacité de travail de 50% depuis l'accident du 13 octobre 2011. Cette procédure a débouché sur le dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 8 septembre 2014.

Selon un extrait du 19 septembre 2014 de son compte individuel (CI) AVS, l'assuré a travaillé jusqu'en février 2010 pour l'employeur B._____, réalisant les revenus soumis à cotisations suivants : 7'846 fr. (2007), 14'738 fr. (2008), 19'184 fr. (2009) et 3'100 fr. (2010). Il a encore travaillé pour le compte d'M._____ SA en mars / début avril 2011 et perçu un salaire brut de 2'450 francs.

Dans le cadre de l'instruction de sa demande, l'assuré a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce (MIP) sous forme d'une orientation professionnelle (accompagnement intensif) auprès d'I._____ SA à [...], du 29 septembre au 29 décembre 2014.

Il ressort notamment d'une note d'entretien du 14 novembre 2014 de l'OAI consécutive à une entrevue du 6 novembre 2014 avec l'assuré que ce dernier ne souhaitait pas continuer la mesure chez I._____ SA. Une évaluation d'un mois en centre de cuisine visant à chiffrer une éventuelle baisse de rendement supplémentaire à l'incapacité

de travail de 50% en toute activité allait prochainement être mise en œuvre.

Par communication du 4 février 2015, l'OAI a pris en charge les frais d'une mesure d'« évaluation de la capacité de travail et du rendement » auprès du Centre Orif de [...], du 2 au 20 mars 2015.

Dans une note d'entretien du 20 mars 2015, consécutive à une entrevue du 18 mars 2015 entre un collaborateur de l'OAI et l'assuré ainsi que son répondant à l'Orif, il a notamment été constaté ce qui suit :

“L'assuré a effectué la mesure à 50%, une seule absence excusée est observée. L'assuré arrivait à 10h30 et repartait à 14h30. En effet venant de [...] en train, il lui était compliqué de venir plus tôt. Malheureusement les menus devant être prêts pour 11h, il n'a pas pu participer à leur élaboration. Les principales tâches de l'assuré ont été de l'entretien et du nettoyage.

Le rendement observé de l'assuré est de 60% sur un 50% de présence horaire, et ce en raison des pauses que doit faire l'assuré dues à ses douleurs.

L'assuré a vu le bénéfice d'une activité quotidienne tant sur son moral que sur ses maux de dos. Il convient de préciser que l'ORIF de [...] est actuellement en travaux, et nous pouvons remarquer que malgré le bruit, qui fait partie des limitations fonctionnelles de l'assuré, l'assuré s'est montré engagé dans la mesure.

Il souhaite d'ailleurs la prolonger et essayer d'augmenter son taux d'activité. [...]”

Aux termes du document intitulé « IP - Proposition de DDP » daté du 20 mars 2015, le collaborateur de l'OAI a pour sa part estimé que la brève évaluation effectuée à l'Orif de [...] dans le domaine de la cuisine avait démontré une diminution de rendement d'environ 60% sur un temps de travail de 50%. Au vu de la demande de l'intéressé d'augmenter son taux de travail, il était proposé la mise en œuvre d'une mesure de réinsertion avec comme double objectif l'accroissement du temps de travail jusqu'à 80% et l'évaluation des compétences de l'assuré en lien avec l'élaboration de menus.

Toujours le 20 mars 2015, l'OAI a pris en charge une mesure de réinsertion professionnelle sous la forme d'un entraînement progressif auprès du Centre Orif à [...], du 23 mars au 12 juin 2015. Cette évaluation prévoyait un taux de présence de 50% (d'un temps plein) avec une augmentation de 10% tous les mois jusqu'à 80%.

Dans un rapport intitulé « mesure d'intervention précoce (MIP) - rapport » du 30 avril 2015 signé par le directeur de l'Orif de [...], les référents en charge de l'assuré durant la mesure d'orientation du 2 au 20 mars 2015 effectuée au taux d'activité de 50%, ont fait part à l'OAI des observations suivantes :

“[...] Bilan en théorie :

M. A. _____ n'a pas évolué sur le plan des compétences théoriques.

Bilan en pratique :

Les travaux demandés à votre assuré ont été réalisés de manière adéquate. En raison de son horaire quotidien (10 h 30 - 14 h 30), il n'a pas participé à la confection des repas de midi. Ses principales tâches ont été les nettoyages inhérents à une cuisine : vaisselle, postes de travail, sols. Nous évaluons son rendement à 65-70 % pour un taux de présence à 50 %.

Comportement au travail :

M. A. _____ a été présent tous les jours hormis le mardi qui a suivi son admission à [...]. En effet, à cette date, il avait un rendez-vous planifié avant le début de la mesure.

Capacité d'intégration socioprofessionnelle :

M. A. _____ s'est bien intégré dans notre équipe de cuisine. Il s'est montré motivé et soucieux de répondre au mieux aux consignes qui lui ont été transmises. Volontaire, il a été en mesure de supporter le bruit important engendré par les travaux de transformation actuellement en cours sur notre site.

Adéquation du choix professionnel et limitations fonctionnelles :

A ce jour, nous estimons que la capacité de travail de M. A. _____ ne peut pas dépasser un taux de 50 %. En effet, votre assuré ressent d'importantes douleurs lombaires et des maux de tête. Il dit « serrer les dents » pour pouvoir répondre aux exigences de l'activité. Néanmoins, il doit quotidiennement interrompre ses tâches pendant quelques minutes afin de récupérer. Il mentionne toutefois que le fait d'être actif et en mouvement a une incidence positive sur sa santé. Il met également en avant que sa présence au sein de notre cuisine de [...], est un élément plus que favorable pour son moral. Son premier objectif est de ne pas rester inactif et, de fait, votre assuré nous a demandé de poursuivre son stage à [...].

Nous n'avons pas observé de difficultés significatives liées au stress. Le même constat a été fait pour ce qui est de la capacité d'attention ou de mémoire et ce, en raison des tâches simples réalisées par votre assuré.

M. A. _____ nous a aussi fait part du fait qu'il pourrait être en mesure d'augmenter son taux d'activité mais que sa volonté est de procéder de manière progressive.

Evolution probable :

M. A. _____ nous a mentionné à plusieurs reprises son désir de suivre une formation de chocolatier en France car celle-ci n'existe pas en Suisse.

Selon nous, la reprise éventuelle de la formation CFC de cuisinier n'est pas encore d'actualité. L'évolution des douleurs lombaires reste une inconnue importante. Comme l'évoque votre assuré et sur la base de nos constats, la pratique du métier de cuisinier devrait se faire, dans le cas où M. A. _____ poursuit son processus de réinsertion professionnelle dans ce domaine, dans un contexte de cuisines de collectivité de type EMS, école ou hôpital. Dans ces milieux, les contraintes liées au stress et à la productivité sont moins importantes que dans un hôtel ou un restaurant. [...]"

Dans un rapport du 19 mai 2015, le Dr Q. _____, généraliste et nouveau médecin traitant, a constaté une incapacité de travail de 50% dans la profession habituelle de l'assuré en raison de dorso-lombalgies chroniques depuis l'accident d'octobre 2011. Selon ce médecin, le pronostic était indéterminé sans que l'on doive s'attendre à une reprise ou à une amélioration de la capacité de travail. En annexe, figurait un rapport de consultation à l'Unité du Rachis du DAL du 8 juillet 2013, déjà au dossier, aux termes duquel la Dresse N. _____ a conclu à un problème d'ordre psychique au premier plan, voire même neuropsychologique, avec la précision que les douleurs du rachis n'étaient pas susceptibles de justifier une incapacité de travailler.

Dans un rapport de fin de stage du 17 juin 2015 signé par le directeur de l'Orif de [...], les référents en charge de l'assuré durant la mesure d'entraînement progressif du 23 mars au 12 juin 2015 ont fait part de leurs observations. Il en ressort que l'objectif lié à l'augmentation du taux d'activité n'a pas pu être atteint en raison de douleurs lombaires et de maux de tête qui n'ont en définitive pas permis à l'assuré d'envisager un taux de travail supérieur à 50%. Ce rapport contient par ailleurs les constatations suivantes :

Définition des niveaux pour l'évaluation finale

Niveau 5	Niveau 4	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 1
Autonomie totale	Besoin d'une consigne	Plusieurs apprentissages sont nécessaires	Inadéquat	Sans réponse

4.1. Compétences sociales

	1	2	3	4	5
Esprit d'équipe et comportement en groupe, aptitude à coordonner son travail avec celui des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tolérance envers autrui et envers soi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coopération et collaboration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Comme déjà mentionné dans notre rapport du 30.04.2015, M. s'est bien intégré dans notre équipe de cuisine. L'état de santé et le moral ont une forte incidence sur son niveau de tolérance et sa capacité à être efficace dans la collaboration. Nous avons dû gérer une altercation qu'il a eue avec une autre assurée. Lorsque nous en avons discuté avec lui, M. a été en mesure de se remettre en question et de s'excuser.

4.2. Compétences personnelles

	1	2	3	4	5
Motivation, engagement et volonté de travailler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité de concentration et attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité d'apprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souplesse et adaptation à la situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire et mise en pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attitude face au handicap	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

La problématique de santé a une incidence importante sur la motivation et l'implication de votre assuré. Il a parfois l'impression de se trouver dans une situation sans issue. M. a également de la peine à se projeter dans une autre activité que la cuisine. Il est à noter que lorsque du chocolat est préparé, il se montre particulièrement intéressé.

4.3. Attitude au travail

	1	2	3	4	5
Fiabilité, respect des délais et exécution des tâches demandées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité de mémorisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planification des tâches	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Si M. se sent en forme, il est capable de respecter les délais d'exécution de la tâche qui lui est demandée. Dans le cas contraire, les exigences liées au temps rapide de préparation ne peuvent pas être assumées. En ce qui concerne sa capacité de mémorisation et sa concentration, celles-ci sont inhérentes à son état du moment. En cas de douleurs et de fatigue des difficultés apparaissent, ce qui est souvent le cas. En raison de ses limitations physiques, votre assuré a dû s'asseoir à plusieurs reprises, il n'a pas été possible de lui demander d'effectuer plusieurs tâches à la fois.

4.4. Compétences techniques

	1	2	3	4	5
Elaboration d'un menu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

M. _____ a participé à l'élaboration des menus de midi. Il a épluché et coupé des légumes et a contribué à la mise place des différents postes de service. Votre assuré a également continué à effectuer les différents travaux de nettoyage de la cuisine. Les tâches qui lui ont été confiées ont été réalisées de manière adéquate.

4.5. Performance au travail

	1	2	3	4	5
Qualité et quantité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augmentation de l'aptitude au travail de 50% (d'un temps plein) à 80% en l'espace de 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Dans ce domaine également, la qualité et la quantité de la performance dépendent fortement de l'état de santé physique et psychique de M. _____. L'objectif lié à une augmentation du taux d'activité n'a pas été atteint. En effet, la présence récurrente de douleurs lombaires et de maux de tête n'ont pas permis à M. _____ d'envisager un taux supérieur à 50 %

5. Proposition

A la lumière de ce qui précède et comme décidé lors de la synthèse du 22.05.2015, la mesure de M. _____ prend fin à son échéance, c'est-à-dire au 12.06.2015.

A teneur d'un document intitulé « REA - Rapport final » du 10 juillet 2015 compte tenu de l'impossibilité pour l'assuré d'augmenter son taux de travail et de l'importante baisse de rendement due aux limitations fonctionnelles, il a été décidé de clore le mandat puis de procéder à l'évaluation du droit éventuel à la rente. L'octroi d'une aide au placement par le service spécialisé de l'OAI était toutefois proposé afin de valoriser la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

Dans un rapport du 8 décembre 2015, le Dr R. _____, médecin auprès du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a retenu comme atteinte principale un syndrome post-contusionnel avec lésions fronto-temporales résiduelles - TCC grave le 13 octobre 2011, ainsi qu'en tant que pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité une anxiété généralisée avec dysmorphophobie, une dysthymie, une personnalité immature, des acouphènes, des céphalées post-traumatiques et des rachialgies communes chroniques bénignes. Pour le médecin du SMR, la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis l'accident jusqu'en octobre 2013. Elle était depuis de l'ordre de 50 %, au maximum, dans une activité adaptée à son état neuropsychologique et psychique avec les limitations fonctionnelles suivantes : tolérance au

stress diminuée, comportement inhibé et évitant, troubles de la concentration, fatigabilité excessive et intolérance au bruit.

L'OAI a, par décisions séparées des 15 février et 4 mars 2016, alloué trois quarts de rente à l'assuré dès le 1^{er} mars 2015. Il retenait en particulier, six mois après le dépôt de la demande de prestations du 8 septembre 2014, une capacité de travail de celui-ci exigible à 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, lesquelles restrictions justifiaient également la prise en compte d'une baisse de rendement de 35% sur le taux partiel précité. Compte tenu d'un revenu sans invalidité exigible de 66'158 fr. et avec invalidité de 21'501 fr. 48 sans abattement supplémentaire, le degré d'invalidité était de 67.50% (arrondi à 68%), taux ouvrant le droit à trois quarts de rente d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2015.

Dans l'intervalle, l'OAI a accordé à l'assuré une aide par son service de placement, mandat qu'il clôturera le 1^{er} mars 2016 au motif que l'intéressé avait renoncé à cette mesure en l'état de son dossier.

C. Par acte du 17 mars 2016, A. _____, représenté par Me Alain Pichard, a recouru contre la décision d'octroi de rente du 15 février 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant avec dépens et principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui est allouée dès le 1^{er} mars 2015. Subsidiairement, il conclut à son annulation ainsi qu'au renvoi du dossier de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision sur son droit aux prestations en tenant compte notamment de la « question d'un abattement sur le salaire d'invalidé ». Il reproche en substance à l'autorité d'avoir surévalué sa capacité de travail dans une profession adaptée. Alléguant en premier lieu souffrir d'hyperacousie bilatérale à un stade avancé aggravée par l'ambiance sonore, il ne voit pas que les exemples d'aide-cuisinier ou d'ouvrier de production légère cités par l'OAI puissent lui offrir des conditions idoines, à savoir une atmosphère évitant tous les bruits mais sans être pour autant totalement silencieuse. Il en déduit l'inexistence sur le marché de l'emploi d'une activité raisonnablement exigible de sa part compte tenu de ses

limitations liées à l'hyperacousie. Il est d'avis que ses autres restrictions fonctionnelles, qui s'autoalimenteraient entre-elles, entraveraient de toute manière la reprise d'un emploi avec pour conséquence un rendement non pas de 65% mais nul, ou à tout le moins fortement dévalué tenant compte des « conséquences particulièrement invalidantes de l'hyperacousie » lors de la détermination du revenu hypothétique d'invalidé. Le recourant voit également des contradictions au dossier, dont il infère que la baisse de rendement de 35% retenue par l'intimé dans sa décision serait inférieure à la réalité, avec la précision qu'une diminution de 40% appert plus plausible. En retenant un taux de rendement de 60% - et non de 65% - conformément aux observations effectuées lors de la mesure de réinsertion mise en place du 23 mars au 12 juin 2015, et après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), il en découle un degré d'invalidité de 70% qui ouvrirait ainsi le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2015. Dans un second moyen, il critique l'absence d'abattement retenu pour le calcul du salaire hypothétique d'invalidé exigible. Il reproche à cet égard à l'OAI de n'avoir pas tenu compte des « facteurs déterminants » que sont le taux d'activité partiel et l'absence de formation professionnelle. Il dénonce également la non-prise en considération de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles dans la baisse de rendement retenue et estime qu'il convient d'en tenir compte au titre de l'abattement sur le salaire d'invalidé. Il prétend en effet que certaines restrictions fonctionnelles (à savoir : une dyslexie et des capacités d'apprentissage limitées, une fatigue vocale lors de sollicitation, une faiblesse au niveau des pectoraux gauches ainsi que la nécessité d'un environnement pas trop bruyant, mais pas complètement silencieux non plus) n'auraient pas été retenues par le médecin du SMR dans son rapport du 8 décembre 2015 quand bien même ces handicaps ressortent du rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 11 juin 2014 par le C._____. Le recourant souligne que même si la prise en compte d'un abattement entre 15 et 20% semblerait plus appropriée, une réduction de 10% correspondant à ses limitations fonctionnelles lui ouvrirait déjà le droit à une rente entière dès le 1^{er} mars 2015 sur la base

d'un degré d'invalidité supérieur à 70%. Me Pichard a requis en outre l'octroi de l'assistance judiciaire et sa désignation comme avocat d'office.

Le 22 mars 2016, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 17 mars 2016, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Pichard.

Dans sa réponse du 25 avril 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. En retenant un rendement diminué de 35% dans l'exercice à mi-temps d'une activité adaptée, l'intimé observe s'en être tenu aux constatations du rapport Orif du 30 avril 2015. S'agissant de l'abattement, il estime qu'une réduction supplémentaire en raison des mêmes limitations fonctionnelles, déjà prises en compte dans la baisse de rendement de 35% retenue, ne se justifie pas. Quant à l'absence de qualification professionnelle, elle n'est déterminante non plus dès lors qu'il s'agit-là d'un facteur non médical et que les activités retenues en l'espèce ne requièrent pas de qualifications particulières. L'intimé concède par contre qu'une réduction supplémentaire d'au maximum 5% est concevable compte tenu du taux d'activité réduit chez un assuré de sexe masculin. Il relève que cet abattement supplémentaire demeure sans conséquence sur le droit à la rente dès lors que le degré d'invalidité ne dépasserait pas 69%.

Le 2 juin 2016, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions dans leur intégralité.

Le 3 octobre 2017, Me Pichard a produit la liste détaillée de ses opérations et débours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à la LAI ([loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] ; art. 1 LAI). Les décisions sur opposition 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 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière au fond.

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

b) Au vu des conclusions du recours, le litige porte sur l'octroi d'une rente entière en lieu et place des trois quarts de rente alloués dès le 1^{er} mars 2015.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte

d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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.

b) L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI).

c) Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

b) Selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3 et 9C_854/2010 du 30 décembre 2010 consid. 3.2 et les références citées; TFA 762/2002 du 6 mai 2003 consid. 2).

Cela étant, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement

dans quelle mesure un assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (ATF 107 V 17 consid. 2b; TF 9C_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3, 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_739/2010 du 1^{er} juin 2011 consid. 2.3 et les références citées).

5. a) En l'occurrence, l'OAI a constaté au terme de ses investigations qu'en raison de l'accident sur la voie publique du 13 octobre 2011 et de ses suites, l'assuré disposait à partir du 1^{er} mars 2015, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle il a fait valoir son droit aux prestations, d'une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée à son état de santé. Cependant, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, une baisse de rendement de 35% est à prendre en considération. Après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA, soit de 66'158 fr. (sans invalidité) et de 21'501 fr. 48 (avec invalidité et sans abattement), l'intimé a considéré que le degré d'invalidité de 67.50% (arrondi à 68%) ouvrait le droit à trois quarts de rente d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2015.

Le recourant réclame pour sa part une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2015.

b) Dans un premier moyen, l'assuré conteste essentiellement la diminution de rendement de 35% retenue en alléguant présenter « des conséquences particulièrement invalidantes » liées à l'hyperacousie bilatérale dont il est atteint, ce qui justifierait de retenir une diminution du rendement d'au moins 40%, comme l'aurait d'ailleurs eux-mêmes constaté les responsables à l'Orif de [...].

Le recourant ne sera pas suivi dans ses explications. Dans leur rapport pluridisciplinaire du 11 juin 2014, les experts du C._____ ont constaté une capacité de travail résiduelle de l'assuré de 50% depuis octobre 2013 dans l'activité usuelle de cuisinier comme dans toute autre activité réputée adaptée. Ils précisent que cette estimation l'est sous réserve de l'évaluation du rendement professionnel effectif à déterminer

en situation, soit en atelier professionnel (expertise p. 63 et 65). Sur le plan ORL, les experts ne mentionnent alors aucune diminution de la capacité de travail « à condition que le lieu de travail soit adapté sur le plan de l'environnement sonore » compte tenu d'une hyperacousie bilatérale aggravée par l'ambiance sonore (acouphène partiellement compensé, source de gêne continue dans des situations qui requièrent de la concentration). Selon les experts du C._____, la place de travail de l'assuré dans son métier de cuisinier devrait donc être relativement silencieuse notamment sans bruits de ventilation ou de vaisselle entrechoquée (expertise p. 64).

Afin de compléter et préciser cette capacité de travail, en terme de rendement, dans le cadre de l'instruction de sa demande par l'Office AI, le recourant a entrepris du 2 au 20 mars 2015 un stage d'évaluation-orientation, avec un taux de présence de 50%, aux ateliers du centre Orif de [...]. Il ressort du rapport de stage du 30 avril 2015 que l'activité consistant en des travaux de nettoyages inhérents à une cuisine a été réalisée à 50% avec un rendement estimé à 65-70% (rapport du 30 avril 2015 p. 1). Malgré d'importantes douleurs lombaires et des maux de tête, l'assuré a fait part aux répondants de l'Orif de sa volonté d'accroître son taux d'activité de manière progressive. Un second stage effectué du 23 mars au 12 juin 2015 sous la forme d'un entraînement progressif démontrera toutefois qu'en raison des douleurs lombaires et des maux de tête, un taux d'activité supérieur à 50% n'est alors pas envisageable (rapport du 17 juin 2015 p. 3 et 5). Le premier stage d'observation s'est déroulé durant des travaux de transformation en cours sur le site du centre Orif de [...] dont le bruit important a néanmoins pu être supporté par l'assuré tout au long des trois semaines de la mesure et sans qu'il n'ait été constaté de difficultés significatives quant à la capacité d'attention dans l'exécution des tâches simples réalisées (note d'entretien du 20 mars 2015 et rapport du 30 avril 2015 p. 1 et 2). Il n'en a pas été différemment de mars à juin 2015 où il a notamment été observé une concentration inhérente à l'état du moment avec des difficultés qui apparaissent en cas de douleurs et de fatigue (rapport du 17 juin 2015 p. 4). Ces observations professionnelles mettent ainsi à mal l'argumentaire du recourant de

l'inexistence sur le marché de l'emploi d'une activité raisonnablement exigible de sa part compte tenu de ses limitations liées à l'hyperacousie. On observera dans le même sens que le Dr Q._____, nouveau médecin traitant, retient une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle en raison de dorso-lombalgies chroniques depuis l'accident d'octobre 2011 et non pas liée aux acouphènes (rapport du 19 mai 2015). De son côté, le Dr R._____ du SMR tient compte des troubles auditifs affectant l'assuré depuis l'accident dans son évaluation de la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée. Ce médecin mentionne ainsi comme pathologie associée du ressort de l'assurance-invalidité des acouphènes et retient une intolérance au bruit en tant que limitation de ce registre (rapport du 8 décembre 2015 p. 1). Il n'existe par conséquent aucun indice au dossier permettant de douter du bien-fondé des observations complétant les données médicales recueillies durant les stages à l'Orif de [...] et dont l'OAI a correctement tenu compte dans sa décision en retenant une baisse de rendement de 35% éprouvée au terme d'évaluations en atelier professionnel. On constatera pour être complet qu'outre ses propres allégations concernant des autres restrictions fonctionnelles qui s'autoalimenteraient entre-elles et entraveraient la reprise d'un emploi, le recourant ne fait pas état d'éléments concrets justifiant de se distancer de la position de l'OAI.

6. a) En lien avec le calcul de son préjudice économique, le recourant reproche à l'OAI de s'être dispensé de procéder à un abattement supplémentaire de 10% minimum - avec la précision que 15 et 20% de réduction serait plus approprié - pour tenir compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles, de l'absence de qualification professionnelle et du taux d'activité réduit dans la détermination du revenu hypothétique d'invalidité au sens de l'art. 16 LPGA. Il déduit de ce manquement l'existence d'un taux d'invalidité supérieur à 70% qui lui donnerait droit à une rente entière dès le 1^{er} mars 2015.

Dans sa réponse l'intimé admet pour sa part la prise en compte du facteur lié au taux d'activité réduit qui dans le cas d'un homme justifie un abattement maximum de 5%, lequel est sans incidence sur le

droit à la rente dans la mesure où le degré d'invalidité ne dépasserait pas 69%.

b) 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'invalide.

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 9C_29/2012 du 27 juin 2012 consid. 3.1 et 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

c) En l'espèce, il est établi que dès le mois d'octobre 2013, le recourant dispose d'une capacité de travail de 50%, avec une baisse de rendement de 35%, dans une activité adaptée à son état de santé (cf. consid. 5 supra). Celui-ci n'a cependant déposé sa demande de prestations que le 8 septembre 2014, faisant valoir à cette date son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Partant, le droit à une (éventuelle) rente débute le 1^{er} mars 2015, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la demande de prestations (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI).

aa) Le salaire de référence retenu par l'intimé dans sa décision en tant que revenu hypothétique de valide du recourant l'est sur la base des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiées à un rythme bisannuel par l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), procédé que l'intéressé ne conteste à juste titre pas. Sur la base des

extraits « CI AVS », ce dernier n'a en effet plus retravaillé, sous réserve des mois de mars-avril 2011, depuis l'abandon de son apprentissage de cuisinier en février 2010. Il vit depuis du revenu d'insertion (RI).

Cela étant, le revenu sans invalidité exigible pour 2015 (moment de la naissance du droit à une [éventuelle] rente d'invalidité) est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2014, 5'312 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, TA 1 niveau de qualification 1). 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 2014 (41,7 heures; site de l'OFS T03.02.03.01.04.01), le revenu mensuel s'élèverait à 5'537 fr. 75 ($5'312 \text{ fr.} \times 41,7 / 40$), ce qui donnerait un salaire annuel de 66'453 francs. Ce montant doit encore être adapté eu égard à l'évolution moyenne des salaires de 2014 à 2015 (+ 0.4%; site de l'OFS T39), ce qui donne un revenu de 66'718 fr. 80 – et non pas 66'158 fr. tel que l'a retenu l'OAI dans sa décision en se fondant sur les valeurs ESS 2012 qu'il a adaptées à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2015.

bb) Quant au salaire de référence retenu par l'intimé dans sa décision en tant que revenu hypothétique d'invalidé du recourant sur la base des données de l'ESS, il s'agit d'un montant annuel de 66'718 fr. 80 auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) en 2015.

Considérant que seul l'exercice d'une activité adaptée à 50% est exigible, il convient de ramener le revenu précité à 33'359 fr. 40 ($66'718 \text{ fr.} 80 / 2$). En incluant la baisse de rendement de 35%, ce montant doit encore être réduit à 21'683 fr. 60 ($[33'359 \text{ fr.} 40 \times 65] / 100$).

Le montant résultant des données statistiques peut faire l'objet d'une réduction. L'OAI n'a pas procédé à un tel abattement aux

termes de la décision querellée. Le recourant estime cela injustifié, soutenant qu'en raison de ses limitations fonctionnelles, de son absence de qualification professionnelle et de son taux d'activité, la prise en compte d'un abattement de 10% minimum devrait être admise.

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 effectuée 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).

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'invalidité, 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% au maximum 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).

Il est établi en l'espèce que depuis octobre 2013 le recourant présente une capacité de travail à 50% dans un poste adapté à son état de santé moyennant la prise en compte d'une baisse du rendement de

35% en raison de ses restrictions fonctionnelles (cf. consid. 5 supra). Même si elles ne sont certes pas toutes reprises exhaustivement dans le rapport SMR du 8 décembre 2015, la totalité des limitations évoquées par le recourant ressortent déjà du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 11 juin 2014. Elles étaient toutes déjà connues et prises en compte lors des stages à l'Orif en 2015. Or comme l'expose à raison l'intimé dans sa réponse, lorsque l'assuré est apte à travailler, mais avec un rendement diminué, comme en l'espèce, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail. En principe, il n'y a donc pas lieu d'opérer un abattement supplémentaire lié au handicap (cf. TF 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 5.2, 9C_40/2011 du 1^{er} avril 2011 consid. 2.3.1, 8C_827/2009 du 26 avril 2010 consid. 4.2.1, 9C__980/2008 du 4 mars 2009 consid. 3.1.2, 8C_765/2007 du 11 juillet 2008 consid. 4.3.3 et 9C_344/2008 du 5 juin 2008 consid. 4 ; TFA I 69/2007 du 2 novembre 2007 consid. 5.1). En revanche, un abattement à raison d'autres circonstances est admissible dans la limite maximale de 25% (TF 8C_585/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.3).

S'agissant du fait qu'il n'a pas de qualifications professionnelles certifiées on ne voit pas en quoi – et le recourant ne l'expose d'ailleurs pas – cela serait concrètement susceptible d'avoir une influence sur ses perspectives salariales dans l'exercice d'une nouvelle activité adaptée à ses handicaps, étant rappelé que le salaire statistique de l'ESS recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées réputées accessibles à l'intéressé au vu de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles (cf. TF 9C_497/2012 du 7 novembre 2012 ; TF I 383/2006 du 5 avril 2007 consid. 4.4).

Quant au fait qu'il voit son taux d'activité réduit à 50%, le recourant est légitimé à se prévaloir de la prise en compte d'un abattement de 5% au maximum lié à ce facteur, tel qu'admis par l'intimé dans sa réponse.

cc) Le salaire avec invalidité s'élève en conséquence à 20'599 fr. 40 ($[21'683 \text{ fr. } 60 \times 95] / 100$), le taux d'invalidité étant dès lors de

69.12% ($\{66'718 \text{ fr. } 80 - 20'599 \text{ fr. } 40\} \times 100 / 66'718 \text{ fr. } 80$), arrondi à 69% (cf. ATF 131 V 121) ainsi que le retient à raison l'OAI au terme de sa réponse. C'est en définitive à tort que le recourant conteste le droit à trois quarts de rente dès le 1^{er} mars 2015.

7. Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) 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'assurance-invalidité 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. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, bien qu'assisté d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Alain Pichard. Sur la base de la liste des opérations produite le 3 octobre 2017, il convient d'arrêter à 2'235 fr. l'indemnité de Me Pichard, correspondant à douze heures et vingt-cinq minutes de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle s'ajoutent les débours par 72 fr. 50 (cf. art. 3 al. 3 RAJ [Règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]) et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 2'492 fr. 10 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 15 février 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- V.** L'indemnité d'office de Me Alain Pichard est arrêtée à 2'492 fr. 10 (deux mille quatre cent nonante-deux francs et dix centimes), TVA comprise.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Alain Pichard (pour A. _____),
- 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 :