

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 juin 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Métral, juge, et Mme Gabellon, assesseuse
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. Dans la nuit du 15 au 16 décembre 2012, V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, a été retrouvé allongé sur le sol devant [...], et pris en charge par une ambulance puis conduit au R._____ (ci-après : R._____). Selon le rapport de la police municipale de [...] du 5 mars 2013, l'assuré et son frère avaient été pris dans une bagarre au sein de l'établissement avec plusieurs individus, dont l'un était interdit d'entrée dans le club. L'assuré a été hospitalisé au Service de neurochirurgie du R._____ jusqu'au 27 décembre 2012 puis a été transféré dans un Centre de traitement et de réadaptation où il a séjourné jusqu'au 25 janvier 2013.

Dans un rapport du 27 décembre 2012, les médecins du Service de neurochirurgie du R._____ ont posé le diagnostic principal de fracture du rocher extra-labyrinthique droit avec hypoacousie de perception, sans paralysie faciale, et vertiges rotatoires d'origine vestibulaire, ainsi que les diagnostics secondaires de fracture du sinus sphénoïdal droit et contusions multiples.

Le 11 janvier 2013, le Dr W._____, spécialiste en médecine légale, a examiné l'assuré et constaté des dermabrasions, des ecchymoses rouges et une plaie superficielle frontale droite. Les lésions constatées n'avaient pas concrètement mis en danger la vie de l'assuré car ses paramètres vitaux étaient restés stables.

Le 21 février 2013, le Dr C._____, spécialiste ORL, a posé les diagnostics de vertige paroxystique positionnel bénin du canal semi-circulaire horizontal droit de type cupulo-lithiase et de surdité mixte de degré moyen à droite sur probable commotion labyrinthique et possible luxation des osselets.

Le 8 mars 2013, le Dr F._____ du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du R._____, spécialiste en

neurologie, a indiqué que le patient avait été transféré dans le service le 27 décembre 2012 pour rééducation neurologique en raison de la persistance de troubles de l'équilibre invalidants. Il a posé les diagnostics suivants :

« Diagnostic principal

- Traumatisme crânio-cérébral le 16.12.12 avec
 - Fracture du rocher droit extra labyrinthique passant à travers la caisse du tympan
 - Fracture de la base de l'orbite à droite
 - Fracture de la base et de la paroi latérale du sinus sphénoïdal droit
 - Contusions hémorragiques corticales des régions temporales inférieures à prédominance droite
 - Surdité mixte à droite (perception et transmission)
 - Syndrome vestibulaire droit post-traumatique

Diagnostiques secondaires

- VPPB [vertige paroxystique positionnel bénin] du canal latéral à droite
- Lipome du tuber cinerum, découverte fortuite à l'IRM cérébrale du 16.12.2012
- Etat anxieux
- Reflux gastro-c sophagien. »

Le 31 mai 2013, l'assuré a sollicité de la part de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) la prise en charge d'un appareil auditif. Le 5 août 2013, l'OAI a confirmé la prise en charge de deux appareils acoustiques.

Le 23 mai 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant qu'en raison d'une fissure du crâne et du rocher interne ayant entraîné des déplacements de cristaux, il souffrait de vertiges, d'acouphènes et d'une perte de l'ou ie à droite depuis l'accident du 15 décembre 2012. Son incapacité de travail était totale. Sans formation, il avait œuvré en dernier lieu comme barman, avait touché des indemnités de chômage de mars 2010 à octobre 2011 et percevait depuis lors le revenu d'insertion.

Dans un rapport du 13 juin 2014, le service d'ORL du R._____ a diagnostiqué des vertiges paroxystiques positionnels bénins (VPPB) du canal postérieur droit et une surdité mixte de degré moyen à droite. Il a fait état d'une incapacité de travail totale dans l'activité

habituelle depuis le 16 décembre 2012. Une activité adaptée en position assise était évoquée.

Le 30 juin 2014, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status post commotion cérébrale sévère avec fracture du rocher droit, ainsi que de vertiges paroxystiques bénins et surdité mixte de degré moyen droit avec acouphènes persistants dans les suites de ce traumatisme. L'incapacité de travail demeurait entière et les limitations fonctionnelles étaient une fatigabilité importante, un retrait social, un trouble de la compréhension lié au phénomène ORL, ainsi qu'une ataxie relative liée aux vertiges.

A la requête du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), le Dr D._____ a fait savoir le 3 novembre 2014 que son patient était, selon lui, en mesure d'exercer une activité professionnelle adaptée à composante sédentaire en position assise à un taux ne dépassant pas un mi-temps, compte tenu de la fatigabilité. Un travail avec changement de position ou port de charges était contre-indiqué.

Le 9 janvier 2015, le Dr C._____ a indiqué au SMR que l'assuré pouvait travailler en position assise sans limitation, qu'il présentait une surdité unilatérale droite de degré moyen, mais qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles.

Dans un avis du 31 mars 2015, le SMR a retenu que l'assuré n'était pas en situation de reprendre son activité antérieure de barman, mais qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant la position assise, sans activités exercées en hauteur et sans exposition à des nuisances sonores, exigible depuis le 13 juin 2014 au vu des conclusions du service d'ORL du R._____ et compte tenu d'un délai de consolidation de 18 mois pour un traumatisme crânio-encéphalique initialement grave.

Par projet de décision du 29 avril 2015, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il envisageait de lui refuser le droit à la rente.

Le 6 mai 2015, par son conseil, l'assuré a déclaré contester ce projet de décision. Il a produit un courrier du Dr D. _____ du 2 avril 2015, lequel avait demandé au Service de neuro-rééducation de le convoquer pour revoir la situation.

L'assuré a transmis à l'OAI des rapports des 26 mai 2014 et 25 juin 2015 du Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1) et d'épisode dépressif moyen (F32.1). Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 30 % en raison des troubles psychiatriques, ses limitations fonctionnelles étant des pensées intrusives, une perte de concentration, une fatigabilité, un épuisement, une perte d'énergie et de motivation. L'évolution de sa santé psychique était compliquée à évaluer précisément et restait fortement conditionnée par l'attente des décisions de justice et la teneur de celles-ci.

Dans le cadre de ses observations sur le projet de décision, l'assuré a également produit un rapport du 8 juillet 2015 du Dr F. _____, reprenant les diagnostics posés dans son précédent rapport. Ce médecin a relevé que l'évolution après traumatisme crânio-cérébral sévère et multiples fractures crâniennes était défavorable d'un point de vue oto-neurologique, psychiatrique et dans une moindre mesure neurologique. L'assuré présentait des symptômes typiques en lien avec son traumatisme crânio-cérébral sévère, c'est-à-dire une fatigabilité inhabituelle, une intolérance au bruit, des difficultés attentionnelles, ainsi que des troubles mnésiques qui n'avaient toutefois pas été retrouvés lors du dernier examen neuropsychologique de janvier 2013. Ces troubles ne permettaient pas en général une reprise d'activité professionnelle à 100 %, même si celle-ci avait lieu en position assise. Une réorientation professionnelle paraissait impossible au vu des difficultés rencontrées par le patient.

Le 25 septembre 2015, le Dr K._____ du SMR a estimé qu'il convenait d'adresser une demande de rapport médical aux Drs P._____ et F._____.

Dans un rapport daté du 12 novembre 2015 et réceptionné par l'OAI le 25 novembre 2015, le Dr P._____ a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1) et d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F32.2). Il a estimé que l'incapacité de travail était totale et a relevé qu'un retour progressif au travail était envisageable dans le futur, sans que l'ampleur et le moment de ce retour ne puissent être prédits de manière pertinente (sic). Les limitations fonctionnelles étaient une humeur dépressive, une fatigabilité, un manque d'énergie, des difficultés de concentration, une irritabilité, des crises d'angoisse, un sentiment d'insécurité, des difficultés dans la gestion des émotions et des relations potentiellement conflictuelles ou perçues comme menaçantes.

Dans ses rapports des 1^{er} et 9 février 2016, le Dr J._____ du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du R._____, a posé les mêmes diagnostics que ceux retenus par le Dr F._____ en date du 8 mars 2013, précisant que le lipome du tuber cinerum, l'état anxieux et le reflux gastro-œsophagien étaient sans effet sur la capacité de travail. Il a estimé que dans une activité adaptée, n'impliquant pas de mouvements importants ou récurrents de la tête, avec un travail plutôt assis en position relativement fixe, le patient pourrait travailler 6 heures par jour.

Par avis médical du 23 février 2016, le Dr K._____ du SMR a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec volets psychiatrique, neuropsychologique, oto-rhino-laryngologique et neurologique.

Le 14 mars 2016, le conseil de l'assuré a adressé à l'OAI son questionnaire d'expertise et pris note que le centre serait désigné selon le système aléatoire mis en place par l'art. 72bis RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201).

Dans son rapport du 12 août 2016 au conseil de l'assuré, le Dr J._____ a relevé qu'à plus de trois ans du TCC, la symptomatologie demeurait inchangée. Il estimait qu'une amélioration était improbable et qu'une péjoration au long terme était possible. Le dernier examen neuropsychologique effectué était décrit comme se situant dans les limites des normes, mais une lecture plus approfondie révélait certaines difficultés pouvant être imputables aux lésions cérébrales, telles que des troubles du calcul, des capacités exécutives limitées, des signes de stress et d'anxiété, des difficultés à suivre des conversations multiples et à tolérer des environnements bruyants, une fatigabilité inhabituelle et une irritabilité accrue.

Le 26 septembre 2016, l'OAI a fait savoir au conseil de l'assuré que l'expertise serait effectuée par le S._____ et confiée aux Drs Z._____, spécialiste en médecine interne générale, O._____, spécialiste en neurologie, Q._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, et B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'au neuropsychologue N._____.

Le 10 octobre 2016, l'avocat de l'assuré a pris acte de la désignation du S._____ et contesté la désignation de l'expert Z._____, au motif qu'il « fonctionne de manière régulière comme médecin conseil d'un certain nombre de compagnies d'assurances privées ».

Le 17 octobre 2016, l'OAI a accédé à cette demande. Le 27 octobre 2016, l'OAI a informé l'assuré que l'examen de médecine interne serait effectué par le Dr A._____.

L'assuré a passé un examen neuropsychologique le 19 octobre 2016 puis a été examiné le 1^{er} novembre 2016 par le Dr Q._____, le 2 novembre 2016 par le Dr B._____, le 4 novembre 2016 par la Dre O._____ et le 6 décembre 2016 par le Dr A._____. Les médecins du S._____ ont adressé leur rapport le 23 février 2017 à l'OAI. Ils ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de

traumatisme crânio-cérébral le 16 décembre 2012, avec contusions temporales inférieures bilatérales et céphalées, de troubles attentionnels et irritabilité séquellaire, d'état de stress post-traumatique (F43.1) depuis décembre 2012, et ont retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une dysthymie (F34.1) depuis fin 2012 et un déficit cochléo-vestibulaire droit post-traumatique. Ils ont défini comme limitations fonctionnelles une fatigabilité et des troubles attentionnels résultant des céphalées, ainsi qu'une vulnérabilité de stress et une difficulté de gestion des émotions en situation d'interaction conflictuelle. Ils ont considéré que l'ancienne profession de barman et videur de boîte de nuit n'était plus exigible, mais que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 25 janvier 2013, avec une diminution de rendement de 20 % liée à la fatigabilité entraînée par les céphalées et liée aux troubles attentionnels. Il devait s'agir d'une activité manuelle simple, ne nécessitant pas d'adaptation importante en cours de tâche, pouvant être effectuée dans un environnement calme et peu bruyant ; il y avait lieu d'éviter une activité où l'audition était au premier plan, ainsi que toute activité nécessitant de monter sur des échelles ou des échafaudages ou au contact de machines présentant un risque de happement.

Dans un avis du 27 mars 2017, le SMR a considéré que l'expertise pouvait être suivie « dans les grandes lignes ». Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues dans l'expertise, avec une diminution de rendement de 20 %. Contrairement aux experts, il a estimé, faute de précision au moment de la sortie d'hôpital en janvier 2013, que cette capacité de travail existait depuis le 15 juin 2014, suivant le rapport médical du service d'ORL du 2 juin 2014, confirmé par la lettre du même service du 9 janvier 2015.

Le 30 mars 2017, l'OAI a invité le S. _____ à compléter son rapport, en répondant aux questions posées par le conseil de l'assuré, ainsi qu'à des questions complémentaires.

Les experts du S._____ ont transmis un complément d'expertise le 5 mai 2017. Ils ont expliqué que la date d'exigibilité du 25 janvier 2013 correspondait à la fin du séjour de réhabilitation, que les appréciations des médecins étaient alors favorables et que depuis ce moment, aucun élément de permettait de retenir une diminution de la capacité de travail, en dehors des limitations mentionnées. Ils ont précisé que la prise régulière des médicaments par l'assuré n'aurait pas d'influence sur la diminution de rendement. Le Dr B._____ a relevé que ses conclusions différaient de celles du psychiatre traitant en raison d'un problème de cohérence, que l'expertisé admettait qu'il ne prenait pas les médicaments, et que l'évaluation concluait à un diagnostic de dysthymie et non pas d'épisode dépressif moyen. L'expert psychiatre estimait que la symptomatologie d'état de stress post-traumatique prédominait et était à l'origine des limitations fonctionnelles.

Le SMR a confirmé sa position dans son avis du 31 mai 2017.

Le 28 juillet 2017, l'OAI a adressé un nouveau projet de décision à l'assuré, prévoyant de refuser sa demande de rente d'invalidité.

Le 12 septembre 2017, l'assuré, par son conseil, a contesté ce projet de décision. Il a complété ses observations le 23 octobre 2017. Il a produit dans ce cadre un rapport du 14 septembre 2017 du Dr P._____ et du psychologue X._____, qui ont conclu qu'en l'état actuel, une reprise à 100 % ne semblait pas concevable à court terme, peu importe l'activité envisagée. Ils ont retenu une capacité de travail résiduelle de 30 %. Une augmentation de cette capacité restait théoriquement possible mais était conditionnée par l'évolution des troubles psychiques et somatiques. Un retour au travail ne pourrait s'effectuer que de manière progressive et dans un cadre sécurisé. Les limitations fonctionnelles affectaient en outre le rendement de manière significative. Ils ont relevé notamment ce qui suit :

« [...] La symptomatologie actuelle de notre patient correspond donc à un épisode dépressif moyen. En effet, il présente un abaissement

significatif de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir dans les activités qu'il appréciait par le passé (notamment les moments avec sa famille), une perte d'énergie et une importante fatigabilité. Il présente également une diminution de l'attention et de la concentration, une perte de l'estime de soi, des idéations suicidaires, une perte de confiance face à l'avenir, une perturbation du sommeil et de l'appétit, une irritabilité et une nervosité importante. Ces différents symptômes peuvent évidemment partiellement découler directement des lésions somatiques de notre patient mais il nous semble réducteur de négliger l'impact du trouble dépressif sur l'apparition et le maintien, voir[e] la détérioration de ceux-ci.

En ce qui concerne la capacité de notre patient à faire face aux obligations et activités de la vie quotidienne, il nous apparaît que malgré ses efforts pour palier autant que possible [les] limitations dont il souffre, il est indéniable que la symptomatologie psychique (et somatique) de notre patient porte une atteinte significative à sa capacité à remplir ses obligations quotidiennes (organisation, planification, capacité à aider pour les tâches ménagères), sociales et parentales. Cette atteinte est d'autant plus évidente lorsque l'on considère la personnalité de battant et la situation particulière de notre patient et que l'on compare sa participation actuelle par rapport à son engagement passé dans les mêmes domaines. [...]

Nous relevons enfin que notre patient a, par le passé, vécu des épisodes dépressifs moyens et sévères et non uniquement des épisodes légers (cf. rapports du 26.05.14, 25.06.15, et 12.11.15), ce qui pousse également à privilégier le diagnosti[c] de trouble dépressif récurrent à celui de dysthymie.

2. Aucun test cognitif spécifique n'a été effectué de notre part. Néanmoins, lors de l'observation clinique, le patient présente un ralentissement au niveau de la pensée et des échanges, une perturbation de la mémoire, des capacités d'organisation et de planification, et de la concentration (notamment en raison de la fatigabilité et de la focalisation de la pensée autour du vécu de l'agression et des regrets qui y sont liés). Ces différentes manifestations peuvent fluctuer selon les périodes et la gravité des symptômes. Ces perturbations nous paraissent suffisamment importantes pour constituer des limitations significatives en vue d'un retour à une vie professionnelle, et en terme[s] de productivité.

3. [...] L'inefficacité des médicament[s] tend, selon nous, à favoriser le diagnosti[c] de trouble dépressif chronique d'une certaine sévérité, plutôt qu'à envisager un trouble léger, sur lequel les médicaments devraient justement avoir une plus forte efficacité. Nous notons encore que l'inefficacité des médicaments est à relativiser, considérant la prise irrégulière de ceux-ci. [...] »

Le 11 juillet 2018, l'assuré a encore présenté des objections et a notamment produit les pièces suivantes :

- Dans un rapport du 29 août 2016, le Dr J._____ estimait que les troubles du calcul associés à l'intolérance aux environnements bruyants, la difficulté à suivre des conversations multiples, l'irritabilité et la contre-indication à subir un nouveau traumatisme crânio-cérébral ne semblaient pas compatibles avec la reprise de l'activité habituelle. Il penchait pour l'introduction d'une rente et doutait qu'une reconversion professionnelle ait de réelles chances de succès en raison des déficits cognitifs actuellement présents, de la barrière linguistique et de la pathologie psychiatrique.

- Dans des rapports des 23 octobre 2017 et 5 juillet 2018, le Dr M._____, spécialiste en neurologie, a retenu, outre le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral, l'existence de troubles neuropsychologiques et neuropsychiatriques d'origine mixte (encéphalopathie post-traumatique et état anxieux sur syndrome de stress post-traumatique), avec des troubles exécutifs cognitifs, comportementaux et émotionnels, des troubles de l'attention, des troubles de la mémoire à court terme partiellement régressifs, des troubles de la mémoire épisodique verbale, des troubles praxiques constructifs, de la fatigue et un état anxieux. Il a en outre posé les diagnostics de céphalées avec syndrome cervical post-traumatiques, de troubles de l'équilibre et vertiges d'origine mixte probable avec composantes centrale et périphérique, ainsi que de VPPB du canal latéral droit. Sur la base d'une évaluation subjective, il a estimé que le taux d'activité envisageable et le rendement étaient inférieurs à 20 % et 50 % respectivement. Une amélioration des performances pouvait raisonnablement être attendue si l'état psychique et les douleurs s'amélioraient.

- Selon un rapport du 1^{er} décembre 2017, la Prof. G._____ et la psychologue T._____ ont réalisé un nouvel examen neuropsychologique, qui a mis en évidence une atteinte de la mémoire antérograde épisodique verbale, un dysfonctionnement exécutif et un trouble attentionnel (importante fatigabilité et

ralentissement psychomoteur), de nature à limiter la reprise d'une activité professionnelle.

Dans un avis du 26 septembre 2018, le SMR a considéré que les rapports produits n'étaient pas de nature à modifier ses précédentes conclusions dans la mesure où les difficultés exécutives, les troubles de l'attention, de la mémoire ainsi que l'irritabilité et la fatigue avaient été décrits et pris en compte par les experts. Les médecins n'expliquaient en outre pas pourquoi une activité adaptée à 80 % ne serait pas exigible, étant relevé que des facteurs non médicaux avaient été mentionnés, de même que des autolimitations de l'assuré.

Par décision du 3 octobre 2018, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assuré. Il a retenu que celui-ci bénéficie depuis le 15 juin 2014 d'une pleine capacité de travail avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée. Après avoir calculé les revenus avec et sans invalidité de l'assuré sur la base des données salariales statistiques et tenu compte d'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité en raison des limitations fonctionnelles, l'OAI a constaté que la comparaison de ces revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 11,32 %, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

B. Par acte de son mandataire du 7 novembre 2018, V._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suites de frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, compte tenu d'un taux d'invalidité de 100 %, à partir du 1^{er} novembre 2014, subsidiairement à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit réalisée, respectivement au renvoi de la cause à l'intimé pour procéder à une telle expertise. Il a pour l'essentiel contesté la valeur probante du rapport d'expertise du S._____, au motif que les experts avaient manifestement sous-estimé la gravité de ses différentes atteintes à la santé, se référant aux rapports médicaux du R._____. Il a par ailleurs douté pouvoir trouver sur le marché du travail une activité adaptée à sa capacité de travail. Il a produit l'intégralité de son dossier

médical constitué par le R._____, ainsi que le rapport médical du Dr M._____ du 5 juillet 2018, qu'il avait déjà transmis à l'OAI.

Dans sa réponse du 4 décembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il s'est référé à l'expertise du S._____ ainsi qu'aux avis du SMR et a en outre relevé qu'il existait suffisamment d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant sur un marché du travail équilibré ne nécessitant pas de formation particulière.

Avec sa réplique du 19 février 2019, le recourant a produit un rapport médical établi le 5 février 2019 par le Dr P._____ et le psychologue X._____. Il en ressortait que deux tentatives d'introduction d'un traitement antidépresseur avaient été faites, que le recourant ne l'avait semble-t-il pas pris assez longtemps pour qu'un effet significatif ait pu avoir lieu, que l'adhésion au traitement avait été compliquée par le fait que le recourant ne semblait pas avoir compris le but de ce traitement et avait été confronté à des effets secondaires. Le contexte de non reconnaissance de son agression et des conséquences psychiques de celles-ci participaient à maintenir les troubles psychiques et limitaient les perspectives d'amélioration de son état de santé malgré la prise en charge psychothérapeutique et un éventuel traitement médicamenteux.

L'OAI a maintenu sa position le 7 mars 2019, précisant que les experts avaient pris en compte les rapports du R._____, que l'expertise avait pleine valeur probante et, s'agissant du traitement médicamenteux, que le recourant avait l'obligation de tout mettre en œuvre pour diminuer le dommage.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) 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 (art. 29 al. 1 LAI).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement

tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

d) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

e) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu

avec invalidité lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16 LPGA).

f) La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Moser-Szeless, op. cit., n° 24 ad art. 7 LPGA).

4. a) Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de barman. Il y a dès lors lieu d'examiner s'il conserve une capacité de travail dans une activité adaptée, et dans l'affirmative de quel taux.

A la suite des événements survenus dans la nuit du 15 au 16 décembre 2012, l'assuré a présenté un traumatisme crânio-cérébral (TCC). Dans la mesure où son psychiatre traitant a diagnostiqué un état de stress post-traumatique ainsi qu'un épisode dépressif moyen (cf. rapport du 25 juin 2015) et que le Dr F. _____ a notamment constaté dans son rapport du 8 juillet 2015 qu'il présentait en outre, du point de vue neurologique, des symptômes typiques en lien avec son traumatisme crânio-cérébral (à savoir une fatigabilité inhabituelle, une intolérance au bruit, des difficultés attentionnelles et des troubles mnésiques), le SMR a estimé qu'il convenait de compléter l'instruction de la demande de prestations par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

b) Le conseil du recourant fait valoir à plusieurs reprises dans ses écritures que les médecins du S._____ ne présenteraient pas les compétences et garanties d'indépendance suffisantes. Or le recourant était déjà assisté lorsque, par communication du 26 septembre 2016, il a été informé que le S._____ serait mis en œuvre et que les Drs Z._____, O._____, Q._____ et B._____, ainsi que le neuropsychologue N._____ seraient désignés pour effectuer l'expertise. Il a du reste expressément contesté la désignation du Dr Z._____, et c'est ainsi le Dr A._____ qui a été désigné en lieu et place. Quant au grief selon lequel le Dr B._____ serait avant tout réputé pour traiter des questions portant sur des aspects d'ordre sexuel, il n'est pas fondé, dans la mesure où ce médecin est bien spécialiste en psychiatrie (titre post grade fédéral qu'il a obtenu en 1997 selon le registre des professions médicales). Le recourant, dûment assisté au moment où il a été informé des noms des médecins qui procéderaient à l'expertise, n'a au demeurant pas indiqué douter des compétences du Dr B._____ à fonctionner en qualité d'expert. Dans ces circonstances, et en l'absence d'éléments concrets propres à faire douter de l'indépendance des médecins du S._____, le recourant échoue à démontrer que l'appréciation des experts du S._____ serait partielle et devrait dès lors être écartée pour ce motif.

c) Afin d'apprécier la situation de l'assuré, les médecins du S._____ ont résumé les éléments médicaux figurant dans son dossier. Ils ont ensuite procédé à un examen par spécialité, puis livré une appréciation pluridisciplinaire et finalement répondu aux questions qui leur étaient posées. Les réponses qu'ils ont apportées auxdites questions sont claires et dénuées de contradiction. Elles reposent en outre sur un examen complet du dossier et de l'assuré. Les experts ont par ailleurs effectué des examens complémentaires, en particulier au plan auditif, et ont listé les plaintes de l'assuré. Leur appréciation remplit donc les réquisits jurisprudentiels conduisant à lui reconnaître une pleine valeur probante.

d) Sur le plan de la médecine interne, le recourant ne souffre pas d'atteintes incapacitantes. Ainsi que l'ont relevé les experts du

S._____ - sans être contredits - l'examen du recourant est dans les limites de la norme et il ne présente qu'une discrète diminution de la mobilité de la colonne cervicale accompagnée de douleurs en fin de course.

e) Sur le plan neurologique, le recourant a subi un TCC dans la nuit du 15 au 16 décembre 2012, avec perte de connaissance. Il en est résulté plusieurs fractures crâniennes et faciales, notamment une fracture du rocher à droite et de discrètes contusions temporales inférieures bilatérales infra centimétriques « très corticales ». La Dre O._____ précise cependant qu'il n'y avait pas de lésions axonales diffuses, ni de lésion focale au-delà des contusions temporales. L'experte indique que le recourant a développé dans les suites de ce traumatisme, outre une symptomatologie ORL à type de surdité et de syndrome vestibulaire, des céphalées chroniques et une irritabilité, qui peuvent s'entendre dans le contexte post-traumatique. Il est également admis que le recourant présente des troubles attentionnels, associés à des troubles exécutifs. La Dre O._____ explique que ceux-ci ne peuvent uniquement être imputés au traumatisme crânio-cérébral, puisqu'ils n'étaient pas présents lors de l'évaluation réalisée en 2013, et qu'ils doivent être replacés dans le contexte d'un manque de stimulation et dans le contexte psychiatrique, relevant en outre que l'évaluation neuropsychologique fait état de quelques éléments de surcharge. Elle conclut que ce contexte post-traumatique peut rendre compte d'une diminution de rendement de l'ordre de 20 % pour une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux éventuelles limitations fonctionnelles résultant des séquelles ORL (rapport d'expertise p. 35). Dans le complément d'expertise, la Dre O._____ précise que cette activité adaptée ne devait pas nécessiter d'adaptation en cours de tâche, qu'elle devait se dérouler dans un environnement calme et sans risque de générer une interaction conflictuelle. Une reprise progressive est indiquée.

f) Sur le plan neuropsychologique, l'expert N._____ a observé des difficultés cognitives dans les domaines des fonctions exécutives et de la mémoire, précisant, à l'instar de la Dre O._____, que

celles-ci ne sont pas mentionnées dans le bilan neuropsychologique réalisé six mois après l'événement de décembre 2012. Il juge que ces troubles, notamment exécutifs, sont compatibles avec le traumatisme et la localisation des lésions cérébrales objectivées en décembre 2012. Mais il relève également que le défaut de stimulation qui caractérise le quotidien de l'assuré depuis cet événement a contribué à ces difficultés cognitives. Il qualifie les troubles mis en évidence de légers au sens de la classification de l'Association suisse des neuropsychologues et conclut à une capacité de travail complète dans une activité adaptée, manuelle et simple, se déroulant dans un environnement peu bruyant, moyennant une diminution de rendement de 20 % du fait des difficultés cognitives. Un entraînement au travail et des mesures d'aide au retour en emploi sont indiquées.

g) Au niveau ORL, le Dr Q._____ a constaté que le traumatisme crânien était responsable d'une fracture du rocher droit extra-labyrinthique et d'une contusion de l'oreille interne droite, ayant entraîné un déficit cochléo-vestibulaire probablement irréversible. La surdité à droite est modérée mais justifie le port d'un appareil acoustique et est accompagnée d'un acouphène. Celle-ci reste sans influence sur la capacité de travail. Le déficit vestibulaire droit est léger et est entièrement compensé, de sorte que la persistance des plaintes d'instabilité ne s'explique pas d'un point de vue ORL.

h) Selon le recourant, bon nombre de diagnostics retenus par les spécialistes du R._____ ne figurent pas dans le rapport d'expertise, ce qui démontrerait que ce rapport est incomplet, voire superficiel. Il n'est toutefois pas exact de dire que les experts du S._____ auraient ignoré des diagnostics. Il faut en effet constater que les diagnostics listés de manière similaire par les Drs C._____ (rapport du 21 février 2013), F._____ (rapports des 8 mars 2013 et 8 juillet 2015) et J._____ (rapports des 12 et 29 août 2016) ont été repris dans l'expertise. Les experts ont ainsi reconnu que le traumatisme crânio-cérébral du 16 novembre 2012 avait entraîné différentes fractures et contusions (expertise p. 34), une atteinte de l'oreille interne droite avec surdité

modérée et acouphène, ainsi qu'un déficit vestibulaire (pp. 35-36). Ils ont par ailleurs évoqué le lipome du tuber cinerum découvert fortuitement (p. 33).

Pour le surplus, le fait que des médecins aient, dans le cadre de l'instruction du dossier, posés certains diagnostics qui n'ont finalement pas été retenus comme incapacitants par les médecins du S._____ ne permet pas encore de douter du caractère probant de leur appréciation : les experts concernés ont en effet pris connaissance de l'entier du dossier à leur disposition, et ont examiné l'assuré, pour finalement rendre un rapport et un complément qui exposent avec clarté les raisons les conduisant à retenir certains diagnostics et pas d'autres avec effet sur la capacité de travail.

i) En outre, les pièces produites par le recourant postérieurement au rapport d'expertise du S._____ ainsi qu'à son complément ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts. On peut tout d'abord relever que ces derniers avaient connaissance du rapport médical du Dr J._____ du 29 août 2016 (expertise pp. 31-32). Quant au Dr M._____, dans ses rapports des 23 octobre 2017 et 5 juillet 2018, il reprend des diagnostics analogues à ceux mentionnés ci-dessus et liste de manière précise les différents troubles neuropsychologiques présentés par l'assuré, lesquels ont également été mentionnés par la Dre G._____ dans son rapport du 1^{er} décembre 2017. Or ceux-ci ont été constatés et pris en compte par les experts. L'examen neuropsychologique réalisé au cours de l'expertise a en effet mis en évidence des difficultés exécutives, surtout marquées en inhibition et dans une tâche de flexibilité, alors qu'elles restaient légères en programmation et en activation, un indice de vitesse de traitement très pauvre, des difficultés en mémoire de travail et un déficit en mémoire épisodique limité à la reconnaissance, tant dans une tâche d'apprentissage de liste qu'en reconnaissance visuelle pure. Les performances aux autres tâches, notamment en attention et en mémoire, étaient souvent pauvres, inférieures aux normes, mais pas déficitaires. A cela s'ajoutaient des modifications du comportement confirmées par l'épouse de l'expertisé,

avec une intolérance aux bruits induisant une irritabilité et une réduction notable des centres d'intérêts (rapport d'expertise p. 30). Au vu de ce qui précède, il faut constater que les troubles mentionnés par le Dr M. _____ et la Dre G. _____ ne s'écartent pas sensiblement de ceux constatés dans le cadre de l'expertise.

Le Dr M. _____ évoque en outre, en lien avec le traumatisme cérébral, un syndrome cérébelleux cinétique gauche et statique, mais précise qu'il s'agit d'un diagnostic probable et l'a qualifié de discret. Il a par ailleurs constaté dans son rapport du 23 octobre 2017 que du point de vue de l'équilibre et des vertiges, la symptomatologie demeure stable, permettant une marche fonctionnelle et sécuritaire, avec toutefois un risque de chute en cas de fatigue. Il a noté un quasi amendement des troubles cognitifs au décours du traumatisme, et fait état d'un syndrome de stress post-traumatique probable concomitant, concluant, à l'instar des experts, à une origine mixte des manifestations cognitives. Quant aux céphalées, il a constaté qu'elles demeurent stables, et relève que les options thérapeutiques proposées par le centre de la douleur n'ont pas toutes été exploitées.

Sans se prononcer sur la capacité de travail, le Dr M. _____ a toutefois jugé « irréaliste » l'exercice d'une activité adaptée au taux de 80 % dans son rapport du 23 octobre 2017. Dans son rapport du 5 juillet 2018, il a estimé que le taux d'activité envisageable et le rendement étaient inférieurs à 20 % et 50 % respectivement, sur la base d'une évaluation subjective. Or force est de constater que les éléments qu'il mentionne ont été pris en considération par les médecins du S. _____ dans le cadre de leur examen, et que le Dr M. _____ ne fait pas état d'une péjoration de la situation du recourant, mais au contraire d'une situation stable. Il faut en outre souligner que le Dr M. _____ a évalué la capacité de travail du recourant en tenant compte des troubles cognitifs diffus associés à des symptômes neurologiques, ORL et psychiatriques invalidants, tout en expliquant que les troubles psychiques et neurologiques associés expliquaient les perturbations neuropsychologiques. Il précise en outre que compte tenu de l'origine

principalement psychique et algique des troubles, une augmentation significative des performances peut raisonnablement être attendue en cas d'amélioration de l'état psychique et des douleurs. Son évaluation est dès lors intimement liée au caractère invalidant des symptômes neurologiques, ORL et psychiatriques. Or les experts du S._____ ont exposé de manière motivée et détaillée pourquoi ils estimaient que les symptômes neurologiques n'entraînaient qu'une perte de rendement de 20 % et que les symptômes ORL de même que les troubles psychiques n'étaient pas incapacitants (sur ce point, voir consid. 4j ci-dessous).

Dans son avis du 26 septembre 2018, le SMR relève également que les nouvelles pièces produites ne permettent pas de conclure à une péjoration de l'état de santé, mais montrent la persistance des troubles cognitifs déjà décrits dans l'expertise et intégrés à l'évaluation consensuelle des experts.

j) Sur le plan psychiatrique, le Dr B._____ a retenu l'existence d'un état de stress post-traumatique (F43.1) et d'une dysthymie (F34.1) au motif que la symptomatologie dépressive chronique était plutôt légère et ne répondait pas au traitement antidépresseur, que l'expertisé avait avoué ne suivre qu'irrégulièrement du fait qu'il n'en ressentait aucun bénéfice. Selon l'expert, ces diagnostics impliquent des limitations fonctionnelles sous la forme d'une vulnérabilité au stress dans une situation d'interaction sociale conflictuelle et de difficultés de gestion des émotions, mais n'influencent pas la capacité de travail, qui demeure complète dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Dans son appréciation, il a tenu compte des plaintes de l'expertisé, qu'il a confrontées à ses propres observations et mises en relation avec les activités quotidiennes du recourant. Il a constaté que le recourant était légèrement déprimé, triste, plutôt pessimiste et qu'il avait perdu confiance en lui et l'estime de lui-même. Il arrivait néanmoins à parler de son agression sans montrer de signes d'angoisse, le contenu de sa pensée était fixé sur cet événement et sur sa déception par rapport à l'attitude et au travail de la police et de la justice. Le Dr B._____ a ainsi relevé que les troubles psychiques étaient influencés par les affaires judiciaires du

recourant, étant donné le fort sentiment d'injustice qu'il ressent. Il précise en outre ne pas avoir observé de déficit attentionnel durant l'entretien (rapport d'expertise pp. 36-37, complément d'expertise pp. 4-5). C'est en tenant compte de l'ensemble de ces éléments qu'il a considéré que la symptomatologie dépressive n'atteignait pas le seuil d'un trouble dépressif. Son appréciation se révèle par ailleurs conforme aux nouveaux critères jurisprudentiels, dans la mesure où il a tenu compte de la gravité, respectivement du peu de gravité des diagnostics retenus, de l'absence de traitement antidépresseur, des impacts des troubles sur la vie quotidienne du recourant, ainsi que du soutien social et des ressources personnelles dont celui-ci bénéficie.

Le psychiatre traitant est certes d'un autre avis s'agissant des diagnostics retenus et de l'étendue de la capacité de travail, mais l'expertise est dûment motivée et le Dr P. _____ ne fait pas état d'une péjoration de l'état de l'assuré depuis l'examen du Dr B. _____. La symptomatologie décrite par le Dr P. _____ pour fonder le diagnostic d'épisode dépressif moyen diffère sur plusieurs points des symptômes et constatations faites au cours de l'expertise. Ainsi, le psychiatre traitant indique que le recourant présente une diminution de l'intérêt et du plaisir dans les activités qu'il appréciait par le passé, notamment les moments avec sa famille. Au cours de l'expertise, le recourant a toutefois mentionné qu'il avait du plaisir à passer des moments avec ses enfants, notamment en se rendant au centre thermal toutes les trois semaines environ, qu'il essayait régulièrement de fréquenter du monde, même s'il se sentait moins à l'aise avec autrui, et que son désir sexuel restait présent. S'il présente effectivement une perturbation du sommeil, le Dr B. _____ relève que ses nuits sont perturbées par des maux de tête, des acouphènes, ainsi que par le fait qu'il ressasse l'événement de fin 2012 et fait des cauchemars liés à celui-ci, ce que l'expert met sur le compte de l'état de stress post traumatique. Le psychiatre traitant fait état d'une diminution de l'attention et de la concentration, d'un ralentissement de la pensée et des échanges, d'une perturbation de la mémoire, des capacités d'organisation et de planification, qui constituent selon lui des limitations significatives en vue d'un retour à l'emploi, tout en précisant n'avoir fait

aucun test cognitif spécifique. Or un examen neuropsychologique complet a été effectué dans le cadre de l'expertise, dont les conclusions ont été prises en compte par les experts dans leur appréciation. Les rapports médicaux du Dr P. _____ ne permettent dès lors pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise.

k) Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation des experts du S. _____ relative à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles. Au terme de leur évaluation pluridisciplinaire, ceux-ci ont estimé que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, avec une baisse de rendement de 20 % pour tenir compte de la fatigabilité entraînée par les céphalées et liée aux troubles attentionnels. Il doit s'agir d'une activité manuelle simple, ne nécessitant pas d'adaptation importante en cours de tâche, pouvant être effectuée dans un environnement calme et peu bruyant, dans laquelle l'audition n'est pas au premier plan, ne nécessitant pas de monter sur des échelles ou des échafaudages et n'étant pas au contact de machines présentant un risque de happement.

En outre, le fait que les experts ont considéré que la capacité de travail dans l'activité adaptée a été recouvrée le 25 janvier 2013 à la sortie de l'hôpital ne permet pas de retenir que l'expertise est dénuée de toute valeur probante, comme le soutient le recourant. D'une part, contrairement à ce que le recourant allègue, son pronostic vital n'a pas été engagé lors de l'événement de décembre 2012, le Dr W. _____ ayant précisé que les coups reçus n'avaient pas concrètement mis en danger la vie du patient (rapport du 11 janvier 2013). D'autre part, la prolongation de son séjour en milieu hospitalier n'était pas motivée par un état de santé précaire, mais par la persistance de troubles de l'équilibre invalidants (rapport du Dr F. _____ du 8 mars 2013). Cet argument est quoi qu'il en soit sans portée, dès lors que l'OAI a estimé que la capacité de travail entière dans une activité adaptée avec baisse de rendement de 20 % existait depuis le 15 juin 2014 (cf. avis SMR des 27 mars 2017), en se fondant sur le rapport médical du service d'ORL du 2 juin 2014.

l) Le recourant soutient encore, en se référant à plusieurs arrêts du Tribunal fédéral, que sa capacité de travail résiduelle n'est pas exploitable sur un marché équilibré de l'emploi. Il admet cependant lui-même, sur la base de cette jurisprudence, que pour les assurés présentant une pleine capacité de travail dans un emploi adapté avec une diminution de rendement modérée (jusqu'à 30 %), il est possible, sous réserve de la nature des limitations physiques et/ou psychiques en question, de poser la présomption qu'il existe un nombre d'emplois suffisant sur le marché du travail (mémoire de recours p. 20). Or il se trouve précisément dans une telle situation. En effet, comme constaté ci-dessus, l'expertise - probante - du S. _____ permet de retenir qu'il présente une capacité de travail entière avec baisse de rendement de 20 %, et au vu des limitations fonctionnelles (activité manuelle simple, ne nécessitant pas d'adaptation importante en cours de tâche, pouvant être effectuée dans un environnement calme et peu bruyant, dans laquelle l'audition n'est pas au premier plan, ne nécessitant pas de monter sur des échelles ou des échafaudages et n'étant pas au contact de machines présentant un risque de happement), il existe bien un nombre suffisant d'emplois qui lui sont accessibles.

m) Dans la mesure où le recourant a déposé sa demande de prestations le 23 mai 2014, il ne pouvait prétendre à l'allocation d'une rente qu'à compter du 1^{er} novembre 2014 (cf. art. 29 al. 1 LAI). Or à cette date, il ne présente plus de préjudice économique susceptible de lui ouvrir le droit à la rente, comme cela ressort du calcul du taux d'invalidité fait par l'OAI, lequel n'est pas contesté et peut effectivement être confirmé.

Ainsi, l'intimé était fondé à considérer que les conditions pour le droit à une rente de l'assurance-invalidité n'étaient pas réunies et, partant, à nier le droit à cette prestation.

5. Les éléments au dossier permettent de statuer en toute connaissance de cause, de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'ordonner une nouvelle expertise pluridisciplinaire. En effet, l'autorité peut renoncer à

accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Par décision incidente du 8 novembre 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 novembre 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me David Métille. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 23 octobre 2019. Celle-ci fait état d'un total de 17h30 de travail fourni. Après examen des opérations effectuées, il apparaît que le temps affecté à certains postes est excessif. En effet, si le mémoire de recours est conséquent, il faut toutefois constater que Me Métille était déjà le mandataire du recourant devant l'OAI et que son mémoire de recours reprend des passages entiers des observations qu'il a adressées à l'OAI. Ainsi, les faits mentionnés dans le recours aux chiffres 1 à 37 consistent, à quelques exceptions près, en un copier-coller des faits contenus dans les observations des 23 octobre 2017 et 11 juillet 2018 devant l'OAI. De même, les motifs juridiques invoqués sous chiffres 1 et 2 du recours reprennent presque mot pour mot les points 1 et 2 des déterminations du 23 octobre 2017. Or l'octroi de l'assistance judiciaire ne s'étend qu'à la présente procédure de recours et n'a pas pour but d'indemniser l'avocat d'office pour des opérations qu'il a précédemment effectuées dans le cadre de la procédure administrative. Cela étant, il se justifie de considérer qu'une durée de 3 heures apparaît amplement suffisante pour la rédaction du recours. De même, un maximum de 20 minutes peut être admis pour l'établissement de la requête d'assistance judiciaire et le courrier d'accompagnement. Le poste relatif à l'examen, en date du 14 novembre 2018, d'un envoi de la CASSO et la rédaction d'une lettre explicative au client se rapporte à l'évidence à l'avis du 9 novembre 2018 impartissant un délai à l'OAI pour déposer une réponse et produire son dossier complet. Or un tel courrier, envoyé en copie au recourant, ne demandait aucune action de la part de Me Métille, ni information à son client, lequel avait déjà été informé de l'admission de sa demande d'assistance judiciaire, et par là-même de la réception de son recours, par courrier de son mandataire du 12 novembre 2018. Finalement, s'agissant du temps nécessaire après réception du présent arrêt, une durée de 1h15 paraît tout à fait suffisante pour la prise de connaissance de l'arrêt et la discussion avec le recourant, les opérations ultérieures n'ayant pas à être

prises en compte, étant en outre relevé qu'il n'y a pas d'octroi de dépens. Au final, l'activité relative à la conduite du procès doit être arrêtée à 10h40. Compte tenu du tarif horaire applicable de 180 fr. pour un avocat, c'est un montant d'honoraires de 1'920 fr. qu'il convient d'accorder au titre de l'assistance judiciaire. Il convient d'y ajouter un montant forfaitaire de débours par 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ), soit 96 francs. Au final, le montant de l'indemnité de Me Métille est arrêté à 2'171 fr. 25, débours et TVA compris.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 3 octobre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 2'171 fr. 25 (deux mille cent septante-et-un francs et vingt-cinq centimes), débours et TVA compris
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :