

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mai 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

Mmes Berberat et Durussel, juges

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Lionel Zeiter, avocat, à Prilly,

et

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

Art. 8 et 16 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant algérien né en 1966, a requis des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 19 février 2015 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a indiqué être entré en Suisse en 1999 et avoir exercé une activité de mécanicien sur automobiles à 70 % jusqu'en 2009 pour un salaire de 3'600 fr. par mois. Il précisait être titulaire d'un certificat de capacité dans cette profession, délivré dans son pays d'origine. Un cancer de la vessie et un état anxio-dépressif motivaient sa requête.

Procédant à l'instruction du cas, l'OAI a recueilli un extrait du compte individuel de l'assuré le 27 février 2015, lequel a mis en évidence l'absence de toutes cotisations sociales acquittées. Le Service de la population du canton de Vaud a par ailleurs signalé le 6 mars 2015 que l'assuré ne figurait pas dans les registres en matière de migration.

Le Dr F._____, médecin généraliste traitant, a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 15 mai 2015, retenant les diagnostics d'un cancer de la vessie et d'un état anxio-dépressif survenus en 2010. Il précisait que son patient abusait de l'alcool, que le pronostic du cancer était mauvais et que l'état anxio-dépressif n'était pas contrôlé malgré un suivi psychologique. L'incapacité de travail était totale depuis 2008 pour une durée indéterminée.

Aux termes d'un rapport à l'OAI du 24 août 2015, les Drs H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G._____, médecin au sein du Centre D._____, ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, un syndrome de dépendance à l'alcool et un trouble de la personnalité sans précision, depuis au moins 2009 (année correspondant à une première hospitalisation psychiatrique). Leur suivi avait débuté en septembre 2014. L'assuré présentait des difficultés de concentration, une grande fatigabilité, une incapacité à gérer

le stress, un ralentissement psychique avec aboulie et anhédonie, ainsi que des difficultés importantes à s'adapter aux changements. L'incapacité de travail était totale depuis janvier 2014.

Le Dr Y._____, spécialiste en urologie, a communiqué un rapport à l'OAI le 22 mars 2016. Il a mentionné le diagnostic de cystoprostatectomie radicale pour un carcinome de la vessie avec confection d'une déviation urinaire de type Bricker en août 2010. Il considérait que le pronostic était bon en l'absence de récurrence durant cinq ans, la déviation urinaire n'empêchant pas à son avis une activité professionnelle.

En date du 31 mars 2016, l'OAI a réceptionné un tirage de deux rapports, rédigés les 11 avril 2012 et 28 septembre 2010, par le Département de psychiatrie du Centre hospitalier C._____ suite à des hospitalisations de l'assuré pour mise à l'abri d'un risque auto-agressif. Ont été pris en compte par les spécialistes du Centre hospitalier C._____ les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool, trouble dépressif récurrent et trouble mixte de la personnalité non spécifié. A l'issue des séjours hospitaliers, une prise en charge psychologique avait été mise en œuvre, respectivement poursuivie.

Le 3 mai 2016, l'OAI a réceptionné un rapport du Département de médecine du Centre hospitalier C._____ du 15 décembre 2015, lequel a fait état des diagnostics et des antécédents suivants :

- hémisyndrome sensitivo-moteur gauche d'origine fonctionnelle,
- hémisyndrome sensitivo-moteur droit transitoire d'origine dissociative,
- sevrage alcoolique compliqué,
- carie perforante de la dent 38,
- trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline,
- tumeur bénigne des cordes vocales,
- syndrome de dépendance à l'alcool,
- tabagisme chronique,
- status post cystoprostatectomie radicale et reconstruction iléale selon Bricker en août 2010 pour un adénocarcinome de la vessie,
- iléus sur status adhérentiel en décembre 2014,

- laparotomie exploratrice, adhésiolyse, résection grêle segmentaire et anastomose iléoiléale mécanique le 18 novembre 2014,
- pancréatite du processus unciné Balthazar C en 2011,
- cystoprostatectomie radicale et reconstruction iléale selon Bricker pour adénocarcinome de la vessie en 2010,
- abcès de la paroi abdominale, non daté.

S'agissant de l'hémisyndrome gauche, il était précisé que le status neurologique était discordant et fluctuant, sans signe neurologique focal. Il ne nécessitait pas d'imagerie cérébrale. L'origine de l'hémisyndrome apparaissait fonctionnelle. Un avis psychiatrique retenait qu'une hospitalisation n'était pas nécessaire en l'absence d'idée suicidaire. Un suivi psychiatrique ambulatoire était préconisé.

Le Centre D._____ a fait parvenir à l'OAI un rapport médical intermédiaire le 8 septembre 2016, soulignant que l'assuré avait bénéficié essentiellement de traitements en milieu hospitalier, vu ses séjours réitérés pour motifs psychiatriques. La capacité de travail demeurait nulle depuis septembre 2014, étant donné la fragilité de l'état de santé psychique « malgré la reprise du suivi psychiatrique, la compliance au traitement médicamenteux, un suivi auprès du médecin traitant, un suivi auprès d'une assistante sociale ainsi qu'une aide au ménage à domicile ».

Le 11 mai 2017, le Dr F._____ a communiqué un état de santé stationnaire constaté auprès de l'assuré et une incapacité de travail demeurée totale depuis août 2010.

Par complément du 7 août 2017, le Centre D._____ a repris les diagnostics précédemment retenus, à savoir ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance et trouble de la personnalité sans précision. Ce centre a adressé à l'OAI un tirage d'un rapport d'hospitalisation de l'assuré au sein du Département de psychiatrie du Centre hospitalier C._____, daté du 24 juin 2016. Ce document relatait la prise en charge de l'assuré en admission volontaire pour mise à l'abri d'idées suicidaires. A sa sortie, ce dernier était pris en charge en mode ambulatoire et une consultation d'alcoologie était prévue.

Un nouveau rapport de ce même département du 23 octobre 2017 a rendu compte d'une cinquième hospitalisation de l'assuré, dans le même contexte. Le suivi ambulatoire, devenu irrégulier, devait être repris, de même que l'observance du traitement médicamenteux, qualifiée de douteuse.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (SMR) a préconisé l'organisation d'une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, en date du 31 octobre 2017.

Le mandat a été confié au Centre d'expertises P._____ le 9 janvier 2018, où les Drs M._____, spécialiste en médecine interne générale, U._____, spécialiste en neurologie, et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont examiné l'assuré les 25 janvier 2018 et 9 février 2018. Ils ont rédigé le rapport corrélatif le 9 avril 2018. Les experts ont par ailleurs requis un examen neuropsychologique de l'assuré, réalisé le 2 février 2018, et un monitoring médicamenteux. Ils ont également recueilli les rapports d'un suivi cardiologique, assumé dès décembre 2012 par le Dr K._____, spécialiste en cardiologie. A l'issue de leur consilium, ils ont fait état des diagnostics incapacitants suivants :

- dépendance primaire, à l'alcool (F10.25) avec utilisation continue de ces substances,
- syndrome psycho-organique, trouble mental spécifique dû à un dysfonctionnel cérébral (F06.8),
- séquelles d'une fracture de l'épaule droite et de la clavicule droite depuis 1988.

Les experts ont par ailleurs mentionné des diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, à savoir :

- troubles neurologiques focaux transitoires d'allure fonctionnelle, dans un contexte d'éthylisme chronique,
- probables migraines,
- probable tremblement essentiel,
- discrète polyneuropathie sensitive des membres inférieurs,
- status après ablation d'une tumeur bénigne des cordes vocales en 2008,
- tabagisme chronique depuis l'adolescence,
- status post cystoprostatectomie radicale et reconstruction iléale selon Bricker en août 2010 pour un adénocarcinome de la vessie,

- hernie discale L3-L4, L4-L5 et L5-S1 sans contrainte radiculaire ou médullaire depuis 2011,
- ischémie cardiaque en territoire latéral en 2012 avec nécrose apico-postérieure séquellaire,
- HTA [réd. : hypertension artérielle],
- laparotomie exploratrice pour adhésiolyse avec résection grêle segmentaire et anastomose iléo-iléale mécanique en 2014,
- pancréatite du processus unciné Balthazar C depuis 2013,
- valvulopathie mitrale depuis 2011,
- colique néphrétique gauche avec infections urinaires depuis 2016.

Ils ont communiqué leur appréciation du cas et leurs conclusions en ces termes :

« DIAGNOSTICS

Sur le plan de la médecine interne, l'expertisé présente des séquelles suite à un accident de voiture en 1988. La mobilité de l'épaule droite et du haut du bras à droite est largement entravée en mobilisation active. Il lui est impossible de porter des charges trop lourdes étant droitier et il lui est impossible de soulever le bras au-dessus de l'axe de la région cervicale. Par contre, il faut noter qu'il a pu travailler avec ce handicap jusqu'en 2009 comme mécanicien auto sans que cela soit une gêne trop importante. Il y a donc eu une adaptation de Mr B. _____ à ce handicap et mis à part certaines limitations fonctionnelles, cela ne constitue donc pas une pathologie totalement incapacitante.

Il a souffert d'un adénocarcinome de la vessie pour lequel une intervention chirurgicale relativement importante a été réalisée en 2010. Il est actuellement en rémission et ceci est un diagnostic qui n'est pas incapacitant (en suivant aussi les recommandations de son urologue).

La valvulopathie mitrale est stabilisée et la fonction cardiaque est relativement bien conservée malgré un épisode d'hypokinésie en territoire latéral en décembre 2012. Il n'y a pas d'incapacité. La prise en charge des facteurs de risque est absolument nécessaire, à savoir la tension artérielle et le tabagisme.

Les autres diagnostics présentés par l'assuré, à savoir les coliques néphrétiques, les épisodes de pancréatite ne sont pas non plus des troubles somatiques incapacitants.

Malgré la présence de 16 points de pression sur 19, le diagnostic de fibromyalgie ne peut pas être retenu car il n'y a aucune échelle de sévérité associée (selon les nouveaux critères diagnostiques de 2016).

Sur le plan neurologique,

- Troubles neurologiques sensitivo-moteurs focaux d'origine fonctionnelle, non incapacitants.
- Migraines, non incapacitantes.
- Tremblement essentiel, non incapacitant.
- Polyneuropathie sensitive distale des membres inférieurs, non incapacitante.
- Troubles cognitifs (exécutifs, attentionnels et mnésiques) dans un contexte d'éthylisme actif, entraînant des limitations

décrites dans le volet neuropsychologique et psychiatrique de cette expertise.

Sur le plan psychique, spontanément l'expertisé mentionne qu'il est tendu, qu'il a des idées noires, qu'il consomme actuellement 2,5 l de bière par jour.

L'anamnèse retient la présence d'abus d'alcool dès le début de l'âge adulte. Il y a une notion de dépendance à l'alcool dès 1995 (F10.25). Par la suite, il n'y a jamais eu d'abstinence en dehors des périodes d'hospitalisation. Il y a secondairement une notion de symptomatologie dépressive majeure. Cette symptomatologie dépressive a été intense à plusieurs reprises, elle a empêché la poursuite des activités sociales, familiales, ménagères et professionnelles sur plus de 2 semaines, plusieurs fois depuis 1999.

L'examen psychiatrique retient que l'expertisé se déplace de la salle d'attente à la salle d'examen sans grande difficulté. Il n'y a pas de comportements douloureux observés. Il n'est ni en retrait, ni prostré, il n'y a pas de maniérisme. L'hygiène est bonne. Il fait beaucoup plus que son âge. Les traits de son visage sont tirés. L'humeur est anxieuse (intensité faible). L'expertisé est actuellement euthymique. Il n'y a pas lors de l'entretien et de l'évaluation clinique de trouble de l'orientation ni de trouble cognitif objectif.

Le taux plasmatique de CDT du 11.01.2018 est à 4.6 % (> 2.5 : consommation de > 60 g d'éthanol/jour durant plus de 2 semaines). Cela confirme les données de l'anamnèse.

Le taux plasmatique du 25.01.2018 de Seroquel est < à 15 nmol/l, il est très en-dessous la fourchette thérapeutique (261-1305). Il objective une non-observance thérapeutique.

Le taux plasmatique du 25.01.2018 de Remeron est < à 3 nmol/l, il est très en-dessous de la fourchette thérapeutique (113-300). Il objective une non-observance thérapeutique.

En conclusion, le tableau clinique que présente cet expertisé est compatible avec le diagnostic de dépendance primaire à l'alcool (F10.25) avec utilisation continue de ces substances. L'expertise neuropsychologique objective que cette problématique alcoolique est compliquée d'un syndrome psycho-organique, il s'agit d'un trouble mental spécifique dû à un dysfonctionnement cérébral (F06.8).

Il faut de plus retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). Les symptômes dépressifs ont été plusieurs fois majeurs. La thymie était toujours fluctuante sur le versant dépressif, l'expertisé est actuellement euthymique. La symptomatologie anxieuse est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. Ceci correspond aux éléments obtenus lors de l'anamnèse et à l'examen clinique.

Enfin, il est utile de préciser ici qu'il n'y a aucun critère médical pouvant faire suspecter la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Sur le plan neuropsychologique, les résultats sont dans la norme, compte tenu de l'âge et du niveau socio-éducatif de l'expertisé, pour les fonctions instrumentales (langage, calcul, praxies, gnoses). Les fonctions exécutives de planification simple et d'autoactivation mentale sont suffisantes ; le raisonnement est limité. L'attention soutenue est préservée. La mémoire immédiate est dans la norme. Les résultats sont très inférieurs à la norme et déficitaires pour :
- les capacités d'inhibition (fonctions exécutives)

- les capacités attentionnelles
- la mémoire de travail (mise à jour l'information au fur et à mesure)
- la mémoire antérograde (apprentissage d'une nouvelle information verbale ; en modalité visuelle, possiblement déficitaire dans le rappel à long terme).

Un ralentissement est observé dans les tests psychométriques, dès qu'une mesure de rendement apparaît. Il n'y a pas de fatigabilité apparente.

L'expertisé a collaboré et s'est appliqué dans l'exécution des tests psychométriques, l'analyse des résultats, et un test de défaut d'effort (dans la norme) n'évoquent pas de phénomène de surcharge ou de défaut d'effort.

Le diagnostic retenu est celui de troubles neuropsychologiques affectant les capacités attentionnelles et de mémoire antérograde et de travail, et plus légèrement au niveau des fonctions exécutives.

Ces troubles ne sont peut-être pas irréversibles : il conviendrait de réexaminer l'expertisé suite à une période d'abstinence d'au moins 4 mois.

PERSONNALITE

L'anamnèse retient que l'expertisé se décrit comme nerveux, irritable, imprévisible, consommateur chronique d'alcool. En dehors de la veinosection du poignet gauche (1999) et de la menace de défenestration (2012), il n'y a pas de notion d'autres comportements impulsifs. Il n'y a pas d'autres notions de comportement auto- ou hétéro-dommageable. Il n'y a pas de notion de débordement émotionnel. La recherche de traits de personnalité pathologique retrouve quelques traits de personnalité borderline (sentiment chronique de vide, instabilité de l'humeur).

L'examen clinique n'apporte pas d'élément de comportement particulier en lien avec le fonctionnement de personnalité. Il est utile de rappeler ici que l'expertisé fait beaucoup plus que son âge et que les traits de son visage sont tirés.

Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité.

RESSOURCES

Ressources personnelles

Sur le plan de la médecine interne, la capacité d'autonomie dans les activités quotidiennes est complète.

Sur le plan neurologique, l'assuré témoigne de la conservation de bonnes interactions sociales avec ses amis en Suisse. Il atteste d'un certain plaisir à participer aux activités quotidiennes.

Sur le plan psychique, il faut se reporter et retenir l'appréciation neuropsychologique.

Sur le plan neuropsychologique, l'expertisé a une certaine aisance en français qui lui permet d'aider des commerçants d'un magasin d'alimentation ne parlant pas bien le français. Il a gardé aussi des capacités dans son métier, puisqu'il propose son aide dans un garage proche (par ex. il commande une pièce, ou attend quand elle doit être livrée). Il semble entouré par des amis, ne mange pas

souvent seul, quand bien même il se plaint de solitude. Il aime bien cuisiner, semble avoir des aptitudes dans ce domaine. Par contre, l'expertisé n'est pas flexible mentalement, l'organisation doit être simple, et il est dépendant de l'ami chez qui il habite pour lui rappeler ses rendez-vous.

Ressources externes

Il dispose d'un réseau social personnel et amical.

TRAITEMENT

Sur le plan de la médecine interne, Monsieur B. _____ prend un traitement à visée antihypertensive (une trithérapie) dans le but de maîtriser les facteurs de risque cardio-vasculaires. Le bêta-bloquant est en rapport avec sa fonction cardiaque pour une visée anti-arythmique. Concernant l'intervention chirurgicale au niveau de la vessie, ce traitement est conforme aux règles de l'art. L'assuré coopère parfaitement en ayant bien conscience de la nécessité de changer régulièrement les poches.

L'arrêt du tabagisme est absolument nécessaire, de même que la maîtrise de sa consommation d'alcool dans le but d'éviter un nouvel accident ischémique cardiaque voire cérébral, et en ce qui concerne l'alcool, les récives de pancréatite.

Sur le plan neurologique, pas de nécessité d'un suivi neurologique spécifique, mais intérêt à la poursuite d'un traitement psychiatrique, psychothérapeutique et médicamenteux.

Sur le plan psychique, il y a une indication à un traitement psychiatrique psychothérapeutique. Il y a une indication à la poursuite du travail de motivation et d'accompagnement pour limiter et si possible arrêter la consommation d'alcool, ce travail de motivation portera également sur l'observance médicamenteuse.

Sur le plan neuropsychologique, il n'y a pas eu de traitement et il n'y a pas d'indication à en mettre en place.

READAPTATION

Sur le plan de la médecine interne, pas de limitation à participer à un processus de réadaptation.

Sur le plan neurologique, pas de limitation formelle à participer à un processus de réadaptation.

Sur le plan psychique, Il faut se reporter et retenir l'appréciation neuropsychologique.

Sur le plan neuropsychologique, une réadaptation est nécessaire si l'on veut réinsérer l'expertisé dans une activité, car celle de mécanicien n'est plus adaptée étant donné les troubles de mémoire de travail et antérograde. Une autre activité, simple (une chose à faire à la fois) et répétitive (pour pallier les troubles de mémoire) est

possible, avec un rendement diminué de 30 % étant donné le ralentissement observé dans les tests psychométriques chronométrés.

COHERENCE

Sur le plan de la médecine interne, divergence quant à la présence d'un Lasègue + retrouvé lors de l'examen clinique et qui était normal lors du bilan neurologique 2 heures avant. Exagération des symptômes concernant la pathologie lombaire basse et les séquelles au niveau de l'épaule droite suite à l'accident de voiture.

Sur le plan neurologique, aucune incohérence ne se dégage de ce dossier.

Sur le plan psychique, il n'y a pas d'incohérence dans ce dossier.

Sur le plan neuropsychologique, il n'y a pas de surcharge ou de défaut d'effort. Il n'y a pas d'incohérence entre les activités quotidiennes de l'expertisé et les résultats de l'examen.

CAPACITE DE TRAVAIL

Sur le plan de la médecine interne, capacité de travail à 100%.

Sur le plan neurologique, pleine et entière.

Sur le plan psychique, il faut se reporter et retenir l'appréciation neuropsychologique qui est validée sur le plan médical au vu de la situation médicale, il faut retenir que l'atteinte est irréversible et qu'elle va probablement se péjorer dans l'évolution.

Sur le plan neuropsychologique, la capacité de travail en tant que mécanicien est compromise. En effet, les limitations sont liées aux troubles en mémoire de travail et antérograde : l'expertisé sera handicapé dans le fait de se souvenir des gestes qu'il vient d'effectuer, de se rappeler où il aura posé ses outils, de quelles actions il aura à mener dans le long terme, etc. De plus, l'expertisé est incapable d'effectuer deux actions en même temps. Il doit donc être dans une activité très répétitive, et unique à la fois.

Notons que les troubles en mémoire antérograde empêchent l'apprentissage de nouveaux contenus complexes, seule une activité simple et répétitive peut être apprise si elle est nouvelle.

Par ailleurs, quelle que soit l'activité, le rendement en sera réduit (de 30 %), de par le ralentissement observé dans les tests.

Il en résulte une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, simple et répétitive. Cette conclusion se base uniquement sur les capacités cognitives de l'expertisé, elle ne prend pas en compte le fait que l'expertisé pourrait ne pas pouvoir se rendre sur son lieu de travail parce qu'il serait alcoolisé.

Ces troubles ne sont peut-être pas irréversibles : il conviendrait de réexaminer l'expertisé suite à une période d'abstinence de toute consommation d'alcool d'au moins 4 mois. La capacité de travail pourrait en être améliorée. »

Par avis du 12 juin 2018, le SMR a fait siennes les conclusions des experts et conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de mécanicien, mais préservée à 70 % (soit 100 % avec une baisse de rendement de 30 %) dans une activité respectant les limitations fonctionnelles psychiques, urologiques, ainsi qu'en lien avec l'épaule droite.

Fondé sur ces éléments, l'OAI a procédé à l'évaluation de l'invalidité de l'assuré sur la base des salaires statistiques et mis à jour un degré d'invalidité de 30 %. Il a dès lors informé l'assuré de ses intentions de nier son droit à une rente d'invalidité par projet de décision du 23 novembre 2018. Par communication du même jour, l'OAI lui a octroyé une mesure d'aide au placement.

L'assuré a contesté le projet de décision susmentionné par correspondance du 20 décembre 2018. Il a souligné les importants problèmes de santé l'affectant, soit ses problèmes cardiaques, les suites du cancer et des hernies discales inopérables. Il a également indiqué avoir été hospitalisé à plusieurs reprises en 2018, ce qui attestait de son état de santé dégradé. Etaient annexés à son courrier les rapports et avis correspondants de ses médecins traitants. L'assuré a en conséquence requis le réexamen de son droit à une rente d'invalidité.

Par décision du 22 janvier 2019, l'OAI a repris les termes de son projet de décision et nié le droit à la rente d'invalidité de l'assuré, compte tenu de la capacité de travail de 70 % mise en évidence au sein du P._____ et d'un degré d'invalidité de 30 %.

B. B._____, assisté de Me Lionel Zeiter, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 22 février 2019. Il a conclu à son annulation et à la reconnaissance de son droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter de février 2016. Contestant en particulier l'appréciation de sa capacité de travail et la valeur probante conférée au rapport d'expertise du P._____, l'assuré a proposé, au titre de mesure d'instruction

complémentaire, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire. Il a fait grief au P. _____ de ne pas avoir pris en compte l'ensemble des diagnostics évoqués, en particulier une fibromyalgie et des troubles du sommeil, et leurs répercussions, ainsi que de ne pas avoir procédé à une approche globale de son cas. Le rapport correspondant s'avérait à son sens contradictoire et incomplet, de sorte que ses conclusions devaient être écartées. Vu les nombreuses affections mises en évidence, sa capacité de travail devait à son avis être considérée comme nulle, à tout le moins depuis la date du dépôt de sa demande de prestations. Par ailleurs, indépendamment de ces observations, l'évaluation de l'invalidité opérée par l'OAI était de son point de vue erronée. Le revenu sans invalidité ne reflétait pas ses compétences effectives. L'OAI n'avait en outre pas procédé à une déduction sur le revenu d'invalidité en dépit de ses importantes limitations fonctionnelles et de son âge. Enfin, l'assuré a demandé à bénéficier de l'assistance judiciaire gratuite.

Par décision du 25 février 2009, la magistrate instructrice a accordé à l'assuré l'assistance judiciaire à compter du 22 février 2019, en l'exonérant de frais et d'avance de frais, ainsi qu'en désignant Me Lionel Zeiter comme avocat d'office.

L'OAI a répondu au recours le 25 mars 2019 et suggéré son rejet, en se référant à un nouvel avis du SMR du 18 mars 2019, libellé comme suit :

« [...] - *les atteintes incapacitantes durables invalidantes avec impact sur la CT* [réd. : capacité de travail] sont les troubles mentaux spécifiques liés à un dysfonctionnement cérébral, dans un contexte d'addiction primaire à l'alcool (éthylisme actif), depuis le début de l'âge adulte ; [...] vu l'atteinte cérébrale et les conclusions des tests neuropsychologiques [...] une diminution de rendement de 30 % est admise dans toute activité [...] ;
- *les troubles neurologiques* avec hémisyndrome sensitivo-moteur brachio-crural D [réd. : droit] le 15.1.17 (4^{ème} épisode) sont d'origine fonctionnelle (l'imagerie/angio-CT scanner : pas de signe d'accident vasculaire cérébral), dans un contexte d'alcoolisation aiguë [...] ; d'ailleurs, un bilan extensif a été réalisé en 2010, qui était normal avec IRM cérébrale normale [...] ; donc pas de limitations neurologiques sur la CT ;

- sur le plan de la médecine interne, il y a plusieurs diagnostics, mais pas durables et pas d'une telle intensité (gravité) pour avoir un impact sur la CT et justifier une incapacité de travail de longue durée ; des périodes d'arrêt de travail limitées dans le temps (transitoires) ne sont pas exclues dans les moments d'accutisations de la maladie (par ex. symptomatologie douloureuse en cas de faux mouvement pour hernie discale, colique néphrétique lors d'un passage de calcul rénal, épisode de pancréatite aiguë lors d'une consommation excessive d'alcool, etc.) ; donc pas de limitation fonctionnelle avec répercussions sur la CT, en lien avec les atteintes purement de médecine interne ;

- les séquelles post fracture de l'épaule droite et de la clavicule droite sont la conséquence d'un accident de voiture (choc frontal), en France, daté de 1988, l'assuré étant passager [...] ; or, l'assuré est arrivé en Suisse en 1999, il a fait une formation de mécanicien auto et les séquelles mentionnées ne l'ont pas empêché de travailler comme tel jusqu'en 2009, sans gêne trop importante ; [...] le SMR a retenu des LF [réd. : limitations fonctionnelles] concernant l'épaule D, incompatibles avec l'activité de mécanicien, mais en les respectant scrupuleusement, une activité adaptée à sa formation et à ses motivations serait envisageable ;

- la fibromyalgie : l'assuré se déplace dans la salle d'attente à la salle d'examen sans grande difficulté ; à l'examen clinique, « signes de Wadell absents » et « 16/18 points douloureux » (« points de Yunus », douleur à la pression) selon l'ACR 1990 ; à l'examen approfondi, au niveau du rachis cervical, « la palpation ne retrouve pas des douleurs au niveau des groupes musculaires de la nuque, pas de douleurs à la palpation des massifs articulaires postérieurs » ; au niveau lombaire, on note des « douleurs à la palpation des massifs articulaires postérieurs et à la palpation des articulations sacro-iliaques » (p. 22/39) ; l'exploré « présente des douleurs mal systématisées, ni inflammatoires, ni mécaniques » dans un contexte d'une lassitude de la vie (« ras-le-bol de vivre, marre de vivre », selon ses allégations) ; puis, l'expertisé « reste très évasif sur la durée des douleurs, leurs conséquences sur le quotidien et leur fréquence » ; les plaintes les plus importantes de l'intéressé « sont ciblées sur l'inflammation de son bourgeon d'abouchement pour les urines, et une toux avec état grippal depuis plusieurs semaines ».

Quant au quotidien, l'assuré qui est hébergé chez un ami, rencontre des amis (au bar du quartier, au garage) ; après avoir fait des courses, l'assuré cuisine chez son ami ou chez sa compagne (nouvelle relation affective depuis 2017, sans vie commune), avec laquelle il passe « une ou deux soirées et nuits par semaine » ; l'assuré lit le journal, regarde la TV « chez mon amie », écoute de la musique environ 30 min ; l'assuré est invité régulièrement dans le nord de la France, chez son frère et sa sœur, voyages effectués en train (plus de voiture personnelle depuis 2008) ; sur le plan purement psychiatrique, le suivi est « toujours irrégulier par le service d'alcoologie », dernière consultation psychiatrique en novembre 2017 [...] ; l'irrégularité du suivi psychiatrique est confirmée par l'hétéro-anamnèse ; le taux plasmatique de neuroleptique (Seroquel) et d'antidépresseur (Réméron) « très en dessous de la fourchette thérapeutique » (p. 32/39), ce qui objective une non-observance thérapeutique ; le taux plasmatique de CDT confirme les données anamnestiques, c'est-à-dire une dépendance primaire à l'alcool, avec utilisation continue de cette substance (abstinence reconnue seulement lors des séjours hospitaliers) ; au

final, nous n'avons pas d'éléments cliniques objectifs et pertinents, avec impact d'une certaine sévérité sur le quotidien de l'intéressé, pour justifier une incapacité de travail entière et durable chez un assuré qui a une nouvelle vie affective, qui fait des voyages et possède certaines ressources mobilisables au sens de la jurisprudence ; au niveau de l'indicateur « *cohérence* » l'expert de médecine interne mentionne des divergences (Lasègue normal lors du bilan neurologique deux heures avant, mais positif lors de l'évaluation internistique ; exagération des symptômes concernant la pathologie lombaire basse et les séquelles de l'épaule droite post AVP [réd. : accident de la voie publique] 1988). Au vu de ce qui précède, les conclusions des experts qui ne retiennent pas la fibromyalgie comme atteinte invalidante, sont dès lors convaincantes. [...] »

Par réplique du 23 mai 2019, l'assuré a maintenu ses conclusions. Il a derechef contesté la valeur probante du rapport d'expertise du P._____ et souligné souffrir, en sus de troubles neuropsychologiques, d'une importante dépendance à l'alcool, d'hernies non opérables, de désagréments en lien avec sa poche urinaire et d'épisodes de paralysie. A titre de justificatifs étaient produits des cartes administratives attestant de ses hospitalisations au Centre hospitalier C._____ entre le 21 avril 2018 et le 22 septembre 2018. Il a également observé que l'OAI ne s'était pas prononcé sur l'ensemble de ses griefs, notamment quant à l'évaluation de son taux d'invalidité.

L'OAI a dupliqué le 24 juin 2019, persistant à conclure au rejet du recours. Il a notamment relevé que l'assuré ne satisfaisait de toute façon pas aux conditions générales d'assurance ouvrant le droit à une rente, faute d'avoir acquitté des cotisations sociales.

L'assuré a communiqué une attestation du Centre hospitalier C._____, par pli du 4 juillet 2019, laquelle confirmait qu'il devait changer sa poche urinaire tous les deux jours et installer un système spécifique pour la nuit.

Le 7 janvier 2020, l'assuré a fait parvenir à la Cour de céans un exemplaire des décisions de cotisations personnelles en qualité de personne sans activité lucrative, rendues le 20 décembre 2019 par la caisse de compensation compétente pour les années 2014 à 2019.

Par écriture du 11 février 2020, l'assuré a produit un certificat médical attestant d'un suivi psychiatrique de crise au sein du Centre hospitalier C._____ depuis novembre 2019.

A la requête de la magistrate instructrice, Me Zeiter a produit la liste de ses opérations en date du 31 janvier 2020.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 22 février 2019 contre la décision de l'intimé du 22 janvier 2019 a été interjeté en temps utile. Il respecte au surplus les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou

améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

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 d'un rapport médical, 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) Le Tribunal fédéral a également étendu cette nouvelle jurisprudence aux syndromes de dépendance (ATF 145 V 215). Il a renoncé à considérer que les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi (ATF 145 V 215 consid. 5.3.3) Il s'agit dorénavant de recourir à la procédure structurée d'administration des preuves (ATF 141 V 281) et de déterminer si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de

dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail de la personne concernée (ATF 145 V 215 consid. 5.3.2). Le caractère invalidant de telles affections 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 145 V 215 consid. 4.1 et les références citées ; 143 V 409 consid. 4.4 ; 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

c) La reconnaissance de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ou d'un trouble assimilé suppose en premier lieu que le diagnostic émane d'un expert (psychiatre) et s'appuie sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée en second lieu au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

d) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte

de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. a) En l'espèce, le recourant estime que le rapport d'expertise du P. _____ du 9 avril 2018 ne peut se voir accorder de valeur probante, dans la mesure où ce document ne contiendrait pas une approche pluridisciplinaire globale, qu'il serait incomplet, notamment sur le plan diagnostique, et qu'il contiendrait des incohérences. On ne saurait toutefois partager ce point de vue. On peut au contraire d'emblée relever que les experts ont procédé à des examens minutieux du recourant en tenant compte de l'ensemble des diagnostics évoqués dans son cas. Ils ont notamment sollicité des rapports médicaux supplémentaires, dont

ceux de son cardiologue traitant, ainsi que les documents d'imagerie non versés à son dossier, quand bien même les pathologies concernées n'avaient pas été évoquées par les médecins traitants directement sollicités par l'intimé. Un monitoring médicamenteux a également été requis. Contrairement à ce que retient le recourant, les experts ont dûment procédé à un consilium pour parvenir à leurs conclusions en termes de diagnostics et d'appréciation de la capacité de travail. Leur évaluation commune ressort en effet de la rubrique « Synthèse et discussion », ainsi que des réponses aux questions posées dans le mandat confié par l'intimé. Au demeurant, on ne voit pas que les conclusions des experts soient contradictoires, dans la mesure où ils ont communiqué très clairement les éléments qui les conduisaient à leur évaluation de la capacité de travail du recourant (cf. en particulier, « Situation actuelle et conclusions », p. 32 ss du rapport d'expertise du P. _____ du 9 avril 2018).

b) Plus précisément, le recourant fait valoir une contradiction entre les pages 36 et 37 du rapport d'expertise du P. _____, eu égard aux séquelles d'une fracture de l'épaule droite sur le plan de la médecine interne. En page 36, il est fait mention d'une capacité de travail de 100 %, alors que des limitations fonctionnelles découlant de cette ancienne fracture sont retenues en page 37. Quoi qu'en dise le recourant, ces observations ne sont pas contradictoires, puisque sa capacité de travail, dans une activité adaptée, a effectivement été considérée comme entière, les limitations fonctionnelles entrant dans la baisse de rendement admise à concurrence de 30 % (cf. rapport d'expertise du P. _____ du 9 avril 2018, p. 39).

c) S'agissant de la liste des diagnostics évoqués, les experts se sont exprimés spécifiquement sur chacun des problèmes de santé rencontrés par le recourant et sur leurs répercussions en termes de capacité de travail (cf. « Situation actuelle et conclusions », p. 32 ss ibidem). Le recourant relève singulièrement ses problèmes de sommeil, relatés en p. 14 par les experts, lesquels seraient incapacitants et n'auraient pas été pris en compte dans l'appréciation finale de sa

situation. A cet égard, le recourant perd clairement de vue que les problèmes de sommeil sont rapportés sous rubrique « Données subjectives », soit uniquement au titre des plaintes alléguées. En l'absence d'éléments objectifs susceptibles de confirmer l'impact de troubles du sommeil, les spécialistes du P._____ étaient donc légitimés à écarter ces plaintes des diagnostics effectivement incapacitants.

d) Le recourant fait par ailleurs grief aux experts d'avoir écarté le diagnostic de fibromyalgie alors qu'il aurait présenté un nombre de points douloureux suffisants à établir cette affection. Cela étant, les experts ont expliqué que leurs examens n'avaient pas démontré un degré de gravité justifiant la reconnaissance d'un tel diagnostic (cf. rapport d'expertise du P._____ du 9 avril 2018, p. 33). Au demeurant, on peut relever que les experts ont de toute façon procédé à l'appréciation du cas du recourant en l'analysant à la lumière des indicateurs pertinents, dégagés par la jurisprudence pour les troubles somatoformes douloureux et les troubles assimilés (dont la fibromyalgie). Dès lors que cette analyse ne conclut pas au caractère invalidant des troubles présentés par le recourant, le fait de retenir ou non le diagnostic de fibromyalgie perd manifestement de sa pertinence.

7. La grille des indicateurs dégagée par la récente jurisprudence fédérale a été suivie par les experts compte tenu des diagnostics psychiques, tout particulièrement de la dépendance à l'alcool, posés à répétition reprises en l'occurrence. On observe que ces indicateurs permettent d'exclure des répercussions importantes et durables des atteintes psychiques sur les ressources à disposition du recourant (cf. rapport d'expertise du P._____ du 9 avril 2018, en particulier p. 34 ss). Les experts ont conclu à des ressources globalement conservées dans le cas d'un patient ne présentant pas la compliance pouvant être attendue de sa part. Il ressort en effet du monitoring médicamenteux que le recourant ne suit pas ses traitements, alors que sa prise en charge ambulatoire psychothérapeutique est également chaotique. En dépit de ces problèmes de compliance, le fonctionnement personnel et social du recourant apparaît plutôt préservé, son quotidien s'avérant somme toute

peu affecté par les atteintes à la santé alléguées. Dès lors, on peut se référer aux remarques contenues dans l'avis du SMR du 18 mars 2019 et s'y rallier pour considérer que les affections psychiques sont dénuées de conséquences durables et graves in casu. Malgré les hospitalisations en milieu psychiatrique dont a fait l'objet le recourant et dont il se prévaut, on peut estimer qu'il s'agit d'épisodes de crises temporaires dont les répercussions ne revêtent pas la gravité en terme d'intensité et de durée pour justifier la reconnaissance d'une invalidité. Il en va de même de la dépendance à l'alcool, dominant le tableau clinique présenté par le recourant du point de vue psychique. En définitive, tant l'examen du degré de gravité que celui de la cohérence expliquent à satisfaction les conclusions des experts.

8. Sur le plan somatique, on peut également considérer que les affections dont souffre ou a souffert le recourant n'ont pas revêtu un caractère durablement incapacitant.

a) Du point de vue urologique, le Dr Y. _____ considérait que la déviation urinaire n'entravait pas la capacité de travail du recourant selon son rapport à l'intimé du 22 mars 2016. A cet égard, l'attestation du Centre hospitalier C. _____ confirmant la nécessité de changer la poche urinaire tous les deux jours et l'installation d'un système particulier pour la nuit n'apporte pas de nouvel élément. Ce dernier document ne fournit aucune indication sur une restriction de la capacité de travail. Au demeurant, on ne voit pas que les changements préconisés puissent se répercuter sur l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée au quotidien.

b) Sur le plan neurologique, les investigations conduites au Centre hospitalier C. _____ ont permis de conclure à une origine fonctionnelle des paralysies alléguées par le recourant, en présence d'un status discordant et fluctuant (cf. rapport du Département de médecine du Centre hospitalier C. _____ du 15 décembre 2015). L'expert neurologue du P. _____ ne relate aucune modification de ce registre, tandis que le recourant n'a produit aucun document qui mettrait en évidence des constats neurologiques objectifs nouveaux.

c) Concernant l'aspect cardiologique, le recourant n'a fait valoir aucun grief, ni ne produit aucune pièce nouvelle justifiant de douter d'une situation demeurée stationnaire, telle que décrite dans les rapports recueillis auprès du Dr K._____ par les experts du P._____.

d) Quant aux hernies discales, connues des experts du P._____ (cf. rapport d'expertise du 9 avril 2018, p. 13), on ne voit pas que cette problématique engendrerait des limitations fonctionnelles supplémentaires par rapport à celles décrites en lien avec les séquelles de la fracture de l'épaule droite (cf. ibidem, p. 37).

e) Enfin, les documents produits par le recourant auprès de la Cour de céans ne fournissent aucun élément sérieux à même d'ébranler les conclusions du P._____. En particulier, les cartes administratives d'hospitalisation font état de courts séjours, pour la plupart d'une journée, sans autre précision sur les motifs des consultations du recourant au P._____. Quant à la prise en charge psychiatrique de crise, attestée par le Département de psychiatrie du Centre hospitalier C._____, elle s'avère postérieure à la décision attaquée et ne permet de toute façon pas de conclure d'emblée à une aggravation significative et durable de l'état de santé du recourant.

9. Etant donné les éléments ci-dessus, on ne voit pas qu'une instruction complémentaire permettrait d'apporter un éclairage nouveau ou différent du cas du recourant à la date de la décision querellée. On peut dès lors rejeter sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a).

Partant, il y a lieu de retenir les conclusions du P._____, reprises par le SMR, et de considérer que le recourant est doté d'une capacité de travail entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (séquelles de la fracture de l'épaule droite et limitations

neuropsychologiques), sous réserve d'une diminution de rendement de 30 %. On ajoutera qu'aucune pièce médicale versée au dossier ne permet de considérer que le recourant aurait subi une restriction durable de sa capacité de travail au sens requis par l'art. 28 al. 1, let. b, LAI (incapacité de travail de 40 % en moyenne sur une année sans interruption notable).

10. a) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 134 V 322 consid. 4.1).

c) S'agissant du revenu d'invalidé, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1)

Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 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 du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 %, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

11. a) In casu, l'intimé a déterminé le revenu annuel hypothétique sans invalidité du recourant en se référant au montant total (production et services) de l'ESS. Ce procédé ne prête pas flanc à la critique,

contrairement à ce que soutient le recourant dans son mémoire de recours du 22 février 2019. Ce dernier requiert que soit pris en compte un montant annuel de 76'024 fr. correspondant « au salaire moyen d'un homme dans un métier qualifié de l'industrie ou de l'artisanat ». Or, on peut premièrement observer que le recourant ne saurait se prévaloir d'une formation certifiée valablement reconnue en Suisse, son dossier ne contenant aucun indice en ce sens. Le recourant a bien plutôt, selon ses propres allégations, obtenu un titre de mécanicien sur automobiles dans son pays d'origine (cf. demande de prestations du 19 février 2015). Deuxièmement, en l'absence de cotisations acquittées pour l'activité prétendument déployée dans un garage dès 1999 (cf. extrait du compte individuel du 27 février 2015), on ne dispose d'aucune indication qui confirmerait la réalisation d'un salaire excédant le montant total ressortant de l'ESS. Le recourant a d'ailleurs lui-même indiqué avoir réalisé un revenu mensuel de 3'600 fr. pour une activité à 70 %, ce qui correspondrait à un salaire ascendant à peine à 60'000 fr. par année (cf. demande de prestations du 19 février 2015). Enfin, le recourant ne précise pas la source sur laquelle il fonde sa prétention, de sorte qu'il convient de s'en tenir, à l'instar de l'intimé, au montant total ressortant de l'ESS. Celui-ci apparaît refléter concrètement la situation d'un ressortissant étranger non qualifié, comme c'est le cas du recourant, puisque ce chiffre englobe la palette des activités accessibles sur le marché suisse du travail. On ajoutera que la prise en compte du montant total de l'ESS apparaît largement favorable au recourant qui n'a jamais démontré, ni même prétendu, avoir dégagé un tel revenu annuel en Suisse.

Le salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) était, en 2016, de 5'340 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, tableau TA1_skill-level, niveau de qualification 1), soit 66'803 fr. par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures (Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1). Après actualisation à l'année de référence 2017, au moyen de l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; + 0,4 % ; Evolution des salaires nominaux 1993 - 2018), le revenu hypothétique sans invalidité

déterminant se monte ainsi à 67'102 fr. pour une activité exercée à plein temps.

b) S'agissant du revenu d'invalidé, lequel peut être calculé sur les mêmes bases que le revenu sans invalidité en l'absence de toute activité lucrative exercée par le recourant, il doit être porté à 46'791 fr. pour tenir compte de la baisse de rendement de 30 % estimée médicalement.

A l'instar de l'intimé, il y a lieu de considérer qu'un abattement supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie pas, puisque la baisse de rendement de 30 % tient adéquatement compte des limitations fonctionnelles qui entravent le recourant. On peut observer au surplus que le recourant, qui ne rencontre pas de problèmes linguistiques, a fait preuve de bonnes capacités d'adaptation. Il a démontré, par le passé, avoir eu les ressources pour se former, puis s'expatrier et s'intégrer au fonctionnement d'un pays d'accueil. On rappellera également que la détermination du revenu sans invalidité par le biais du montant total de l'ESS lui est largement favorable (cf. consid. 9a supra). Par conséquent, on ne voit aucune raison de procéder en sus à un abattement sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé.

c) Le degré d'invalidité du recourant s'élève donc bel et bien à 30 % ($[(67'102 - 46'971) \times 100] / 67'102$), ce qui n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI). Compte tenu de ce constat, la question de des conditions générales d'assurance (cf. notamment art. 36 LAI pour le droit à une rente ordinaire) peut rester ouverte.

12. Vu ce qui précède, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 22 janvier 2019 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise

à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu les décisions des 5 et 26 août 2019 lui octroyant l'assistance judiciaire (art. 118 al. 1, let. b, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Lionel Zeiter, à compter du 22 février 2019 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Zeiter a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de son mandant en date du 31 janvier 2020. Il a fait état de 15 heures et 45 minutes consacrées à la présente procédure. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. En définitive, il convient d'octroyer à Me Zeiter un montant total de 3'205 fr. 95 (débours forfaitaires à 5 % et TVA de 7,7 % compris) pour l'ensemble de ses activités in casu.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office, dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Le Service juridique et législatif est chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 22 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, fixés 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 Lionel Zeiter, conseil du recourant, est arrêtée à 3'205 fr. 95 (trois mille deux cent cinq francs et nonante-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, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Lionel Zeiter, à Prilly (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :