

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 avril 2020

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Neu et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Georges Reymond, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, a été scolarisé jusqu'en voie post-obligatoire sans obtenir de diplôme. Il a ensuite œuvré comme ingénieur du son puis concepteur cinématographique, avant de s'occuper de son fils dès la naissance de celui-ci en 19[...] tout en exerçant parallèlement une activité de veilleur de nuit durant deux à trois ans (selon les versions). Dès 2008, l'intéressé a repris une activité de concepteur cinématographique indépendant, à 30 %. Il s'est vu allouer des prestations de l'aide sociale à compter du 1^{er} novembre 2010, ayant précédemment vécu d'un héritage durant plusieurs années.

En date du 31 janvier 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), tendant à l'octroi d'une rente.

Aux termes d'un rapport du 11 février 2011, le Dr L._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de migraine invalidante depuis 2004, induisant une fatigabilité excessive et un problème de concentration. Il a ajouté que l'activité exercée jusqu'alors était exigible à 70 % avec une diminution de rendement imputable aux difficultés de concentration ; les limitations pourraient toutefois être réduites par des mesures médicales, le traitement adapté n'ayant cependant pas encore été trouvé. Le 11 mars 2011, ce médecin a encore précisé que l'assuré - dont l'examen neurologique était normal - souffrait quotidiennement de céphalées diffuses et invalidantes et que, tous les trois à quatre jours, ces céphalées étaient « à type de *migraines vrais à type d'hémicrânie* » aussi bien à gauche qu'à droite.

Par rapport du 13 avril 2011, le Dr B._____, neurologue, a indiqué qu'il avait vu l'assuré en 2001 en raison d'une fatigue avec maladresse et interversion des syllabes, et que l'examen clinique

neurologique était alors normal. Se référant à un nouveau contrôle le 12 avril 2011, le Dr B. _____ a relevé que l'intéressé se plaignait de céphalées depuis cinq à six ans, que celles-ci étaient en voie d'exacerbation depuis trois mois et qu'il annonçait également des troubles de la concentration en augmentation ; à cet égard, ledit spécialiste a évoqué de probables troubles neuropsychologiques avec troubles de la concentration et de l'attention chez un patient connu pour une ancienne dyslexie. Pour le Dr B. _____, l'activité exercée jusqu'alors était exigible au moins à 70 % sans diminution de rendement, étant néanmoins souligné qu'un traitement à base d'Inderal et de Saroten retard pourrait diminuer la fréquence et l'intensité des céphalées.

Sur mandat de l'OAI, l'assuré a été examiné par la psychologue J. _____, spécialiste en neuropsychologie. Dans son rapport du 27 mai 2011, cette dernière a signalé un score de dépression limite. Elle a par ailleurs conclu à un ralentissement modéré des temps de réaction simples et dans la plupart des tâches effectuées sous contrainte temporelle, à des difficultés d'apprentissage d'un matériel nouveau (verbal ou visuo-spatial) mais sans perte d'information après quarante-cinq minutes, à des fonctions instrumentales globalement préservées (langage oral et écrit, calcul, praxies, gnosies), ainsi qu'à de bonnes capacités de raisonnement sur matériel visuo-spatial. Elle a ajouté que, du point de vue strictement neuropsychologique, l'assuré pouvait travailler à plein temps moyennant une baisse de rendement de l'ordre de 30 % ; les douleurs, lorsqu'elles étaient présentes, engendraient toutefois une fatigue importante et ne permettaient certainement pas d'être au travail à 100 %.

Par rapport du 18 juillet 2011, le Dr B. _____ a posé les diagnostics incapacitants de céphalées essentiellement tensionnelles et de troubles neuropsychologiques caractérisés par un ralentissement des temps de réaction, des difficultés d'apprentissage et une fatigabilité, depuis 2005. Il a précisé qu'un examen d'imagerie réalisé le 8 juillet 2011 - et dûment annexé - avait mis en évidence un petit anévrisme de l'artère vertébrale droite sans autre anomalie, mais que cette découverte fortuite

ne pouvait pas rendre compte des céphalées. Il a ajouté que le pronostic allait dépendre de la réponse au traitement d'Inderal et de Saroten instauré le jour même, ainsi que d'un probable état dépressif sous-jacent eu égard au score de dépression limite évoqué lors de l'examen neuropsychologique. Considérant que les céphalées de tension, les troubles neuropsychologiques modérés et le probable état dépressif modéré se manifestaient par des troubles de l'attention et de la concentration et une fatigabilité, le Dr B. _____ a conclu à une exigibilité de 70 % sans diminution de rendement, avec une possible réduction des restrictions par le biais du nouveau traitement prescrit.

Dans un rapport du 2 août 2011, le Dr L. _____ a posé les diagnostics incapacitants de migraines invalidantes et d'asthénie, sans modification depuis son précédent compte-rendu. Il a signalé des restrictions sous forme de fatigabilité, de problèmes de concentration et de céphalées, et a indiqué que l'activité exercée jusqu'alors était exigible à 50 % avec une diminution de rendement de 50 % compte tenu de la fatigabilité et des problèmes de concentration. Il a ajouté que les différents traitements, y compris celui dernièrement mis en place par le Dr B. _____, n'avaient pas apporté d'amélioration.

Par rapport du 10 août 2011, le Dr F. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a considéré que la capacité de travail était de 70 % dans l'activité habituelle de cinéaste comme dans toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

Par décision du 20 octobre 2011, confirmant un projet de décision du 13 septembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Se fondant sur une capacité résiduelle de travail de 70 % dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, respectivement une diminution de rendement de 30 % dans toute activité, l'office a retenu un degré d'invalidité de 37 % insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il a en outre considéré que des mesures professionnelles ne seraient pas susceptibles de diminuer le préjudice économique de l'assuré, au vu des limitations fonctionnelles et des difficultés d'apprentissage de ce dernier.

Le 24 novembre 2011, l'assuré a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision susdite, produisant dans ce contexte deux certificats médicaux établis les 2 août 2011 et 15 février 2012 par le Dr L._____ - l'un arrêtant la capacité de travail à 50% pour une durée de six mois, l'autre faisant état d'un arrêt de travail à 100% du 15 février au 15 mai 2012.

Par arrêt du 16 mai 2013 (AI 340/11 - 112/2013), la juridiction cantonale a admis le recours de l'assuré et annulé la décision susmentionnée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. La Cour a plus particulièrement retenu que l'office s'était prononcé sur la base d'un état de fait incomplet, dès lors que les interrogations résultant des rapports de la psychologue J._____ et du Dr B._____ quant à l'état de santé psychique de l'assuré demeuraient entières (consid. 5a). Aussi y avait-il lieu de renvoyer l'affaire à l'OAI pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique puis rende une nouvelle décision (consid. 6b).

B. Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a confié un mandat d'expertise à la Dre K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 4 mars 2014, l'experte n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique se répercutant sur la capacité de travail. Elle a par ailleurs conclu, en guise d'atteinte non incapacitante, à un tableau somatoforme avec composante hypocondriaque et de somatisation (F45). Sur ce point, elle a exposé que l'assuré n'avait pas de comorbidité psychiatrique à même de restreindre son exigibilité professionnelle, que le processus maladif avait pu s'étendre sur de nombreuses années dans la mesure où l'intéressé n'avait jamais travaillé à plein temps, et qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale. Elle a ajouté que le processus défectueux de résolution du conflit n'avait pas clairement été établi mais que la composante familiale (diagnostic de fibromyalgie posé la sœur) et le confort matériel dans lequel l'assuré aurait passé une bonne partie de son existence pourraient avoir une influence sur la motivation de celui-ci à travailler à plein temps. Enfin,

l'experte a noté que le traitement était décrit comme partiellement efficace par l'intéressé, ce dernier n'affichant aucun signe de non coopération. Dans ces conditions, la Dre K._____ a conclu que l'assuré avait les moyens psychiatriques de travailler au maximum des taux reconnus par les examens neurologiques et neuropsychologiques.

Sur cette base, par avis médical du 27 mars 2014, la Dre H._____, du SMR, a conclu à une pleine capacité de travail sur le plan psychique, les troubles neuropsychologiques et les céphalées chroniques justifiant pour leur part une baisse de rendement de 30 % dans toute activité.

Par décision du 13 août 2014, confirmant un projet du 13 mai 2014, l'OAI a nié tout droit à un reclassement et à une rente d'invalidité. Compte tenu de la pleine capacité de travail reconnue au niveau psychiatrique et d'une baisse de rendement de 30 % en lien avec les troubles neuropsychologiques et les céphalées chroniques, l'office s'en est tenu au degré d'invalidité de 37 % précédemment arrêté et a, dès lors, réitéré ses motifs de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles.

Le 15 septembre 2014, l'assuré a déféré l'affaire devant le Tribunal de céans. A cette occasion, il a notamment produit une attestation émise le 18 juin 2014 par le Dr L._____ signalant des céphalées et des migraines invalidantes, avec des douleurs quasi quotidiennes résistant aux différents traitements et induisant une impossibilité d'assurer un poste de travail à 100 %.

Par arrêt du 15 août 2016 (AI 207/14 - 209/2016), la juridiction cantonale a admis le recours de l'assuré et annulé la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. La Cour a retenu en résumé que l'expertise de la Dre K._____ ne satisfaisait pas aux exigences jurisprudentielles en la matière (consid. 5) et que l'on ne pouvait en définitive se prononcer sur l'étiologie - somatique ou psychique - des

plaintes annoncées (consid. 6). Partant, il appartenait à l'OAI de mettre en œuvre une expertise psychiatrique avec la faculté d'y associer, cas échéant, tout autre spécialité médicale jugée opportune (consid. 7).

C. L'OAI a conséquemment mis sur pied une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre [...] (ci-après : le Centre T._____) à [...], où l'assuré a été examiné par les Drs C._____, spécialiste en médecine interne, N._____, spécialiste en neurologie, et Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que par le psychologue R._____, spécialiste en neuropsychologie. Aux termes de leur rapport du 23 février 2017, les experts n'ont retenu aucune atteinte incapacitante. Au chapitre des atteintes dépourvues d'impact sur la capacité de travail, ils ont signalé des céphalées tensionnelles et médicamenteuses (présentes depuis de nombreuses années, avec aggravation progressive), une hypertension artérielle de stade I traitée dès 2010, un pyrosis traité dès 2010, un bruxisme, ainsi que des sensations vertigineuses de type inconfort dans l'espace. Ils ont notamment motivé leur position comme suit :

"SYNTHÈSE ET DISCUSSION

[...]

Situation actuelle et conclusions

Sur le plan de la médecine interne, il n'est pas noté d'affection significative et pouvant altérer la capacité de travail. L'hypertension artérielle est bien compensée, l'examen clinique rassurant. Les examens biologiques effectués ne permettent pas d'identifier une affection susceptible de suggérer une origine somatique aux affections déclarées en particulier à la fatigue chronique.

Sur le plan neurologique, Monsieur A._____ se plaint actuellement de céphalées quotidiennes décrites comme de localisation plutôt frontale, à type de pression avec des tiraillements oculaires, des nausées sans vomissements, des troubles de la concentration. Lorsque les maux de tête sont importants, le patient tente de lutter contre ces derniers par la prise d'AINS, de Migraine-Kranit et si nécessaire d'un triptan. Il a également tenté des traitements de médecine naturelle par homéopathie, oligothérapie, aromathérapie et actuellement acupuncture.

Monsieur A._____ admet que les médicaments calment les maux de tête, mais qu'ils entraînent des effets secondaires intolérables sous forme de troubles de la concentration, cause de son incapacité de travail complète.

En résumé, l'examen neurologique effectué dans le cadre du présent bilan est à considérer comme sans anomalie significative.

Nous avons revu les documents radiologiques à disposition. Les diverses IRM cérébrales pratiquées depuis 2011 sont sans anomalie hormis un petit anévrisme de 2 millimètres sur le segment V-4 de l'artère vertébrale droite, très certainement asymptomatique au vu de sa localisation et de sa petite taille. On peut donc écarter toute relation potentielle entre les maux de tête et cette anomalie vasculaire qu'il convient de surveiller, mais qui ne justifie actuellement pas, de par sa petite taille, des mesures chirurgicales.

Sur le plan diagnostique, la description donnée actuellement par Monsieur A. _____ de ses maux de tête évoque des céphalées tensionnelles plutôt que des céphalées mixtes ou migraineuses.

Monsieur A. _____ se plaint également de sensations vertigineuses à type de troubles de l'équilibre, de quelques tremblements de la lèvre supérieure droite et d'un bruxisme qui sont sans traduction significative à l'examen clinique, qui ne représentent très certainement pas une cause d'incapacité de travail.

Sur le plan thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement actuellement en cours ; néanmoins, il est évident que la consommation importante d'AINS, d'antalgiques et de triptan est cause d'une chronicisation des maux de tête sous forme de céphalées médicamenteuses. Il conviendrait donc, idéalement, qu'un sevrage médicamenteux soit organisé, si nécessaire en milieu hospitalier. Après sevrage médicamenteux, il conviendra de reprendre, selon l'importance et la fréquence des maux de tête, l'administration *raisonnable* d'antalgiques ni nécessaire.

Sur le plan de la capacité de travail, bien qu'on puisse admettre que l'importance des maux de tête et les effets secondaires éventuels des traitements puissent représenter un certain handicap dans l'activité préalable de Monsieur A. _____, rien ne permet de conclure qu'il existe effectivement une incapacité de travail significative, d'autant plus qu'une prise en charge thérapeutique correcte devrait être à même de diminuer significativement la fréquence des maux de tête. Nous ne retenons donc pas, sur le plan strictement neurologique, d'incapacité de travail. Comme susmentionné, les troubles de l'équilibre, les tremblements de la lèvre et le bruxisme ne représentent pas non plus une cause d'incapacité de travail.

Sur le plan neuropsychologique, il n'est pas possible de conclure à une atteinte neuropsychologique significative et la capacité de travail doit être considérée comme complète dans des activités professionnelles correspondant au niveau de formation de l'expertisé, à savoir un brevet de fin de scolarité obligatoire.

Sur le plan psychique, sur la base des éléments anamnestiques et de notre observation, on ne retient pas d'affection psychiatrique.

On pourrait tout au plus décrire un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxiodépressive évoluant vers une dysthymie. On

retrouve la description d'une fatigue, mais qui n'est pas observée. Toutefois, la fatigue impose des repos durant une demi-heure le matin et une heure l'après-midi à Monsieur A._____. Il y a une augmentation de la fatigabilité qui est survenue depuis la dernière évaluation psychiatrique. Il n'y a pas de tristesse ni d'anhédonie, mais des troubles de la concentration, raison pour laquelle il a renoncé au modélisme et raison pour laquelle il ne parvient pas à suivre un film jusqu'à son terme, mais à nouveau, les troubles de la concentration ne font pas l'objet d'une observation durant l'entretien. Il n'y a pas de dysphorie qui est fréquemment décrite en cas de dépression sur les sujets masculins. Il n'y a pas non plus de pessimisme, de sentiment de culpabilité ou de dévalorisation, ou perte de confiance en soi et on n'observe pas non plus d'idées noires ou d'idées de suicide.

On ne retrouve pas d'anxiété actuellement. Il n'y a pas d'épisode d'anxiété paroxystique. Il y avait une timidité par le passé, mais cela a cessé. Il n'y a pas non plus d'élément d'anxiété généralisée.

Un trouble somatoforme a été rapporté en 2014, lors d'une expertise. Pour rappel, une somatisation (F45) est notamment caractérisée par un sentiment persistant de détresse. Il en est de même pour un trouble hypochondriaque (F45.2). Cette détresse n'est pas observée chez Monsieur A._____ et pour cette raison, nous ne retenons pas de troubles somatoformes, malgré la description de plaintes somatiques.

Monsieur A._____ conserve de bonnes ressources personnelles. Il est autonome pour ses affaires personnelles et l'entretien de son intérieur. Il conserve des activités plaisantes comme la musique ou le cinéma.

On peut s'interroger sur la structure de la personnalité, mais on ne retrouve pas véritablement d'élément pour un trouble de la personnalité. Toutefois, on relèvera qu'il ne s'est pas beaucoup confronté au monde adulte, notamment dans son activité professionnelle. Il a vécu longtemps chez sa mère, jusqu'à l'âge de 30 ans, puis il a été père au foyer. Il a ensuite vécu sur l'héritage du papa et il ne s'est jamais véritablement confronté au marché de l'emploi depuis le début des années 90.

En conséquence, il n'y a pas d'incapacité de travail dans la profession qu'il exerçait par le passé, à savoir ingénieur du son ni dans le domaine de concepteur cinématographique. La capacité de travail est entière, soit huit heures par jour sans diminution de rendement."

Sur le plan neuropsychologique, l'expert R._____ a plus précisément relaté ce qui suit :

"Conclusions de l'examen neuropsychologique

Résumé

L'examen neuropsychologique de cet expertisé de 56 ans se plaignant de troubles de l'attention et d'un ralentissement dans le

contexte de céphalées ne met en évidence, au titre des déficits, qu'un trouble isolé en attention divisée (TAP) et un déficit de l'apprentissage dans une tâche de mémoire épisodique verbale (RVLT), sans déperdition pathologique d'information avec le temps, toutefois.

Le rendement dans une tâche d'attention divisée (d2-R) est modérément déficitaire, mais l'expertisé contrôle très bien les erreurs et il en résulte un indice de concentration dans la limite des normes. Il n'y a par ailleurs pas de signe de fatigabilité attentionnelle dans cette tâche. On observe aussi une certaine lenteur, notamment dans des tâches graphiques, mais sans déficit avéré. Ces deux formes de ralentissement léger sont constatées chez un expertisé qui présente des comportements perfectionnistes.

Dans l'ensemble, les performances sont pauvres, inférieures aux normes (autour du centile 10) dans un certain nombre de sous-tâches, mais sans qu'on puisse évoquer des déficits. Il y a aussi quelques particularités au niveau exécutif, notamment en inhibition, mais suffisamment contenues et limitées pour qu'on ne puisse conclure à une atteinte exécutive.

Enfin, des temps de réaction sévèrement déficitaires dans une tâche d'alerte (TAP) n'apparaissent pas consistants compte tenu de leur extrême variabilité. Hormis cette variabilité, on n'observe pas de signes de défaut d'effort ni de discordance entre les tests, les tests sp[é]cifiques de détection du défaut d'effort étant par ailleurs normaux.

Comparaison avec l'examen de mai 2011

Le profil neuropsychologique est superposable avec ce qui a été observé en 2011, si ce n'est que l'expertisé apparaît moins ralenti aujourd'hui qu'alors, les temps de réponse qui étaient modérément déficitaires en 2011 étant aujourd'hui inférieurs aux normes, voire dans la norme (TMT A notamment). Seule l'alerte à la TAP signe une dégradation sévère par rapport à 2011, mais encore une fois dans un contexte de probable défaut d'effort limité à cette tâche. Le profil des scores en mémoire épisodique verbale est superposable à celui de 2011, avec toutefois une amélioration en ce qui concerne la reconnaissance, qui n'est plus déficitaire. La mémoire visuelle est superposable au rappel différé de la Figure complexe ; le test de reconnaissance visuelle que nous avons utilisé est dans la norme, alors que l'apprentissage visuel au[] 15 Signes était inférieur aux normes en 2011, mais les deux tâches ne sont pas strictement comparables.

Discussion

L'examen neuropsychologique ne met pas en évidence de troubles significatifs à l'exclusion de difficultés attentionnelles marginales (attention divisée) et d'un déficit dans la phase d'apprentissage d'un matériel verbal compatible avec un trouble du rappel, mais pas du stockage ; ce dernier déficit, constant par rapport à 2011, est observé chez un expertisé qui a rencontré des difficultés scolaires et qui dit avoir souffert d'une dyslexie dans l'enfance, sur laquelle nous n'avons toutefois pas d'autres informations ; cependant, on peut se demander dans quelle mesure il ne s'agit pas d'un problème ancien, limité à la mémoire verbale. Relevons par ailleurs l'excellente

compétence de l'expertisé en mémoire de travail. Enfin, Monsieur A. _____ n'est certes pas très rapide dans de nombreuses tâches, attentionnelles ou non, mais on n'observe plus les déficits ponctuels identifiés en 2011 et cela est observé chez un expertisé qui présente des signes comportementaux d'anxiété, et surtout de perfectionnisme.

Par ailleurs, nous n'observons pas de signes neuropsychologiques compatibles avec une suspicion de démence dégénérative précoce chez un expertisé qui rapporte une anamnèse familiale de troubles de la mémoire dans l'âge avancé et qui évoque même une grand-mère qui aurait souffert d'une maladie d'Alzheimer. Il y a certes un léger déficit en mémoire épisodique verbale avec une tendance aux intrusions, mais sans déperdition pathologique d'information avec le temps et les autres tâches sensibles, comme l'évocation lexicale catégorielle, les dessins du cube et de la montre, les pantomimes d'usage d'objets, la copie de la Figure de Rey, la mémoire de travail et les Similitudes de la WAIS-IV sont normales."

Par avis médical du 2 mai 2017, le Dr D. _____, du SMR, s'est rallié aux conclusions de l'expertise précitée.

En date du 30 novembre 2017, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Dans sa motivation, l'office a en particulier considéré que, selon l'expertise pluridisciplinaire réalisée au Centre T. _____, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité, sans aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique ou somatique. Dès lors, des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires et le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert.

Après plusieurs prolongations de délai, l'assuré, sous la plume de son conseil, a fait part de ses objections par écrit du 30 juillet 2018. Pour l'essentiel, il a contesté qu'une pleine exigibilité lui soit désormais reconnue, alors même que le degré d'invalidité avait précédemment été fixé à 37 %. L'intéressé a plus particulièrement critiqué l'expertise du Centre T. _____ et s'est prévalu d'un rapport du 17 mai 2018 consécutif à un bilan réalisé par V. _____ et S. _____, neuropsychologues auprès de l'Institution de [...]. De ce bilan, on extrait notamment ce qui suit :

"Conclusion : cet examen neuropsychologique met en évidence :

- un ralentissement sévère des temps de réactions simples, avec des performances très fluctuantes, ainsi qu'en lecture et dénomination sous contrainte temporelle ;
- des difficultés en attention divisée (ralentissement et erreurs) ;
- sur le plan mnésique, malgré des capacités d'encodage préservées, des performances modérément déficitaires en reconnaissance verbale et dans une moindre mesure visuelle.

L'orientation spatio-temporelle, les capacités langagières, le calcul oral, les praxies gestuelles et visuo-constructives, les gnosies visuelles et spatiales, la mémoire à court terme et de travail verbale et visuelle, les fonctions exécutives, le raisonnement sur matériel non verbal sont préservés.

Les difficultés neuropsychologiques actuelles ne reflètent pas l'importance des plaintes du patient au quotidien. D'intensité plus importante au niveau de la vitesse de traitement et de l'attention, elles sont globalement de degré léger et d'interprétation délicate en raison de scores légèrement insuffisants aux tests de validation des symptômes.

A noter par ailleurs que nous n'avons observé aucun signe du point de vue strictement neuropsychologique laissant suspecter une atteinte cérébrale organique. Les résultats du présent examen sont à interpréter à la lumière des données médicales. La médication et les douleurs chroniques peuvent avoir un impact sur les performances cognitives et engendrer des fluctuations. D'un point de vue strictement neuropsychologique, les difficultés actuelles peuvent contribuer à diminuer légèrement le rendement au sein d'une activité nécessitant une rapidité d'exécution."

Par avis médical SMR du 13 août 2018, le Dr D._____ a observé qu'à la lumière des examens neuropsychologiques successifs auxquels l'assuré avait été soumis (en mai 2011, décembre 2016 et mai 2018), les troubles attentionnels étaient modestes et n'étaient pas de nature à limiter l'exigibilité professionnelle dans une activité correspondant au niveau de formation de l'intéressé, sans rapidité d'exécution particulière. S'agissant plus précisément du rapport de bilan neuropsychologique du 17 mai 2018, il n'apportait aucun élément de nature à modifier la pertinence des conclusions de l'expertise du Centre T._____.

Par décision du 17 août 2018, l'OAI a confirmé son projet du 30 novembre 2017 dont il a repris la motivation. De surcroît, par lettre d'accompagnement du même jour, l'office a réfuté les objections soulevées par l'assuré en reprenant les éléments mis en avant dans l'avis SMR susdit.

D. Agissant par l'entremise de son conseil, A. _____ a recouru le 24 septembre 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à son annulation [recte : réforme] et à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Préalablement, le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. A titre de mesures d'instruction, il a en outre sollicité une nouvelle expertise, l'audition de témoins et la fixation d'une audience. Sur le fond, le recourant a contesté disposer d'une pleine capacité de travail dans toute activité, rappelant qu'un taux d'invalidité de 37 % lui avait précédemment été reconnu. Il a en particulier critiqué les conclusions de l'expertise du Centre T. _____ et s'est prévalu, quant à lui, de l'expertise réalisée à l'Institution [...], ignorée par l'OAI (à l'instar d'un courrier électronique du 27 avril 2018). Il a ajouté que ses maux de tête s'étaient aggravés et que sa fatigabilité comme la diminution de sa concentration n'avaient pas été correctement évaluées, respectivement avaient été minimisées. Le recourant a de surcroît argué que de bonnes ressources personnelles lui avaient été imputées afin de minimiser l'impact incapacitant des céphalées et de problèmes de concentration dont il souffrait. Il a également reproché à l'OAI de s'être fondé sur son niveau de formation pour lui refuser l'accès à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Enfin, l'intéressé a soutenu qu'aucune activité n'était adaptée à sa situation.

Par décision du 27 septembre 2018, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 août 2018 et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Georges Reymond.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 11 octobre 2018.

Par réplique du 5 décembre 2018, le recourant a confirmé ses précédents motifs et conclusions ainsi que ses réquisitions, précisant solliciter l'audition du Dr L. _____ en tant que témoin. L'intéressé a par ailleurs mis en cause l'objectivité des experts du Centre T. _____, ceux-ci ayant conclu à une pleine capacité de travail nonobstant des carences neuropsychologiques. Il a également invoqué les limitations engendrées non seulement sur le plan professionnel mais également sur le plan privé, dans la mesure où il avait une vie sociale pauvre et ne pouvait plus faire de modélisme en raison de ses problèmes de concentration.

Dupliquant le 7 janvier 2019, l'intimé a maintenu sa position.

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 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. En l'occurrence, est litigieux le droit du recourant à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, suite à la demande de prestations déposée le 31 janvier 2011.

3. A titre liminaire, il appert que, sous l'angle procédural, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir donné suite à un courrier électronique du 27 avril 2018 (cf. mémoire de recours du 24 septembre 2018 p. 9). Force est néanmoins de constater que le dossier de la cause ne contient aucune trace d'un tel courrier électronique. Sur ce point, les allégations du recourant ne sont donc aucunement étayées, de sorte qu'il y a lieu de les écarter sans approfondir davantage l'analyse.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'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 dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de

prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes 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 ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). 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).

5. Il est constant que la décision de l'OAI du 20 octobre 2011 a été annulée par la Cour de céans le 16 mai 2013, compte tenu des interrogations résultant des rapports de la neuropsychologue J._____ et du neurologue B._____ quant à l'état de santé psychique de l'assuré. La décision subséquentement rendue par l'OAI le 13 août 2014 a, quant à elle, été annulée par la juridiction cantonale le 15 août 2016, aux motifs que l'expertise psychiatrique de la Dre K._____ ne satisfaisait pas aux exigences jurisprudentielles et que les pièces au dossier ne permettaient pas de se prononcer sur l'étiologie des plaintes.

C'est dans ce contexte qu'a été mise en œuvre une nouvelle expertise, réalisée au Centre T._____ par les Drs C._____, N._____, Q._____ avec le concours du neuropsychologue R._____ - expertise sur laquelle l'intimé s'est fondé pour rendre la décision attaquée dans le cadre du présent litige.

a) Pour ce qui est tout d'abord de l'aspect psychiatrique, aucune atteinte n'a été retenue par l'expert Q._____, lequel a estimé

que l'on pouvait tout au plus décrire un trouble de l'adaptation avec une réaction anxiodépressive évoluant vers une dysthymie. Pour le surplus, il a indiqué ne pas retrouver la fatigue ou les troubles de concentration décrits par l'assuré. S'agissant du trouble somatoforme retenu en 2014 par la Dre K._____, l'expert Q._____ a exposé qu'une telle atteinte était caractérisée par un sentiment persistant de détresse mais que cette détresse n'était pas observée chez l'intéressé. Aussi aucun trouble somatoforme n'était-il retenu, malgré la description de plaintes somatiques. Le Dr Q._____ a encore précisé qu'aucun élément ne plaidait véritablement dans le sens d'un trouble de la personnalité ; à cet égard, il a relevé que l'assuré avait vécu chez sa mère jusqu'à l'âge de trente ans avant de devenir père au foyer puis de vivre sur l'héritage de son père, et qu'il ne s'était jamais véritablement confronté au marché de l'emploi depuis le début des années nonante. Dans ces conditions, l'expert psychiatre du Centre T._____ a retenu qu'il n'y avait aucune incapacité de travail dans l'activité exercée précédemment, respectivement que la capacité de travail était entière sans diminution de rendement (cf. rapport d'expertise du 23 février 2017 p. 26 s.).

Cette appréciation n'est remise en question par aucun élément sérieux au dossier.

aa) Certes, un score de dépression limite était observé en 2011 (cf. rapport de la neuropsychologue J._____ du 27 mai 2011 et rapport du Dr B._____ du 18 juillet 2011). Une telle observation n'est cependant pas suffisante pour poser un diagnostic précis - raison pour laquelle l'instruction a dû être complétée. Or l'analyse effectuée par l'expert Q._____ n'a pas montré d'atteinte dépressive ; cette analyse a tout au plus mis en lumière l'éventualité d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxiodépressive évoluant vers une dysthymie, sans toutefois révéler d'éléments suffisamment concrets permettant de poser un diagnostic catégorique. Au surplus, dans son rapport d'expertise du 4 mars 2014, la Dre K._____ n'avait pas non plus diagnostiqué de trouble de la lignée dépressive.

On soulignera, au surplus, que nonobstant les comportements anxieux et perfectionniste notés lors des tests neuropsychologiques (cf. rapport d'expertise du 23 février 2017 p. 23), l'expert Q._____ n'a pas retrouvé de signes d'anxiété lors de son examen psychiatrique, pas plus qu'il n'a retrouvé d'éléments significatifs au niveau de la structure de personnalité (cf. rapport d'expertise du 23 février 2017 p. 26 s.). Les comportements adoptés devant l'expert neuropsychologue ne peuvent donc donner lieu à un diagnostic psychiatrique.

Cela étant, l'absence d'atteinte avérée d'ordre strictement psychique doit être confirmée.

bb) Au niveau psychosomatique, il y a lieu de relever que la preuve d'un tel trouble suppose en premier lieu un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6), en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.1.2) - à savoir, pour un trouble somatoforme douloureux, « *une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse* » (Classification internationale des maladies [CIM-10], Chapitre V : Troubles mentaux et du comportement, F45.40 : Syndrome douloureux somatoforme persistant). Or force est de constater qu'aucun sentiment de détresse n'a été rapporté par l'expert Q._____ (cf. rapport d'expertise du 23 janvier 2017 p. 26), pas plus du reste que par l'experte K._____ dont le diagnostic de trouble somatoforme - avec des composantes hypochondriaque et de somatisation « *que l'on p[ouvai]t intégrer dans ce tableau somatoforme* » - reposait essentiellement sur l'annonce de symptômes subjectifs n'ayant pu être corrélés à une atteinte psychiatrique objectivable (cf. rapport d'expertise du 4 mars 2014 p. 6).

Aussi, au regard des exigences actuellement posées par la jurisprudence, force est d'admettre qu'aucun diagnostic psychosomatique ne peut être retenu dans le cas particulier.

cc) Eu égard à ce qui précède, la Cour de céans ne peut que confirmer l'absence d'atteinte psychiatrique avérée ou de trouble psychosomatique répondant aux critères posés en la matière.

Faute de diagnostic, il n'y a dès lors pas lieu, en l'occurrence, d'évaluer le cas à l'aune de la procédure probatoire structurée instaurée à l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 3c supra). Tout au plus relèvera-t-on par surabondance que, contrairement à ce que soutient le recourant (cf. mémoire de recours du 24 septembre 2018 p. 9 s.), il n'y a pas à remettre en question le constat posé par l'expert Q. _____ quant à l'existence de bonnes ressources personnelles, l'intéressé se montrant autonome pour ses affaires personnelles et l'entretien de son intérieur et conservant des activités plaisantes comme la musique ou le cinéma (cf. rapport d'expertise du 23 février 2017 p. 6). Ce constat demeure inchangé nonobstant les allégations de l'assuré concernant sa renonciation à la pratique du modélisme et l'appauvrissement de sa vie sociale (cf. réplique du 5 décembre 2018 p. 4) – étant d'ailleurs souligné, sur ce dernier point, que l'intéressé voit des amis de temps à autres et reconnaît avoir ainsi gardé une vie sociale (cf. rapport d'expertise du 23 février 2017 p. 13).

b) Sur le plan neuropsychologique, l'expert R. _____ a nié toute atteinte sévère. Il a précisé que l'examen neuropsychologique ne mettait pas en évidence de troubles significatifs, à l'exclusion de difficultés attentionnelles marginales (attention divisée) et d'un déficit dans la phase d'apprentissage d'un matériel verbal compatible avec un trouble du rappel mais pas du stockage. S'agissant de ce dernier déficit, l'expert a évoqué un problème ancien limité à la mémoire verbale, l'assuré ayant rapporté des difficultés scolaires et une dyslexie au cours de l'enfance dont rien d'autre n'était connu. Il a en outre souligné d'excellentes compétences en mémoire de travail. Le neuropsychologue R. _____ a encore relevé que l'assuré n'était certes pas très rapide dans de nombreuses tâches attentionnelles ou non, mais que ce constat s'inscrivait chez un assuré présentant des signes comportementaux d'anxiété et de perfectionnisme. Il n'a de surcroît pas retrouvé d'éléments plaidant pour une démence dégénérative précoce et a relevé que, s'il y avait certes un léger déficit en

mémoire épisodique verbale avec une tendance aux intrusions, il n'y avait en revanche pas de déperdition pathologique d'information avec le temps et les autres tâches sensibles. Sur le vu de ces éléments, le neuropsychologue R._____ a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée correspondant au niveau de formation de l'assuré (cf. rapport d'expertise du 23 février 2017 p. 23 et 26).

aa) D'emblée, la Cour de céans observe que l'expert R._____ a exposé, en détail et de manière convaincante, les éléments lui permettant de retenir que les déficits constatés étaient d'importance très relative et n'engendraient donc pas d'incapacité de travail sur le plan neuropsychologique. Quoi qu'en dise le recourant (cf. réplique du 5 décembre 2018 p .2), il n'y a donc là aucun manque d'objectivité.

bb) S'agissant de l'évolution entre l'examen neuropsychologique réalisé en 2011 et celui effectué en 2017, l'expert R._____ a notamment précisé que le profil neuropsychologique était superposable à ce qui avait été observé à l'époque, avec une constance au niveau du déficit dans la phase d'apprentissage d'un matériel verbal. Quant aux temps de réponses modérément déficitaires en 2011, ils étaient actuellement inférieurs à la norme ou dans la norme. Une dégradation sévère depuis 2011 était certes apparue à la TAP (« *test of attentional performance* ») ; elle s'inscrivait toutefois dans un contexte de probable défaut d'effort limité à cette tâche. L'expert a ajouté que le profil des scores en mémoire épisodique verbale était superposable à celui de 2011, avec une amélioration au niveau de la reconnaissance qui n'était plus déficitaire. S'agissant de la mémoire visuelle, elle était pour l'essentiel superposable à 2011 bien que les tests utilisés n'aient pas été strictement identiques (cf. rapport d'expertise du 23 février 2017 p. 23).

Cela étant, il apparaît que les examens de 2011 et de 2017 dressent un tableau majoritairement uniforme et que les différences constatées sont d'ampleur très relative, ne justifiant à l'évidence pas de distinction particulière au niveau de l'exigibilité. Or, si la neuropsychologue J._____ a retenu une capacité de travail de 100 % à

l'instar du neuropsychologue R._____, elle a également conclu à une diminution de rendement de l'ordre de 30 % (cf. rapport du 27 mai 2011) dont l'expert R._____ n'a pas fait état. Elle n'a cependant pas étayé cette affirmation et n'a notamment pas précisé pourquoi les déficits constatés - somme toute modérés - étaient susceptibles d'impacter le rendement de l'assuré, de sorte que l'on peine à suivre son raisonnement. En comparaison, l'analyse du neuropsychologue R._____ apparaît autrement plus détaillée et mieux motivée, s'agissant du poids à accorder aux carences en question. Il y donc lieu de la privilégier.

cc) Quant à l'examen neuropsychologique réalisé en 2018 à l'Institution [...], il ne permet aucunement d'infirmes les conclusions de l'expert R._____. Nonobstant les déficits observés, les neuropsychologues V._____ et S._____ ont en effet précisé que les difficultés étaient légères et d'interprétation délicate en raison de scores légèrement insuffisants aux tests de validation des symptômes. Une telle assertion ne peut donc qu'inciter à la réserve. Tout au plus les neuropsychologues ont-elles mentionné que les déficits en question pouvaient contribuer à diminuer légèrement le rendement dans une activité nécessitant une rapidité d'exécution (cf. rapport du 31 juillet 2017 p. 4). Or tel n'est vraisemblablement pas le cas des activités à la portée du recourant, compte tenu de son niveau de formation et de son parcours professionnel tels que résultant du dossier (voir également avis médical SMR du 13 août 2018). Corrélativement, on rappellera que l'expert R._____ a conclu à une pleine exigibilité, sans aucune diminution de rendement, dans une activité correspondant au niveau de formation de l'assuré (cf. rapport d'expertise du 23 février 2017 p. 26). C'est ici le lieu de relever que contrairement à ce que soutient l'intéressé, le droit aux prestations n'a aucunement été refusé sur la base de son niveau de formation (cf. mémoire de recours du 24 septembre 2018 p. 10), ce paramètre ayant uniquement été pris en considération en tant qu'élément objectif participant à la détermination de l'exigibilité dans le cas particulier (au sens de l'art. 7 al. 2 LPGA).

dd) Il découle de ce qui précède que le volet neuropsychologique de l'expertise du Centre T._____ ne peut donc qu'être validé.

c) La Cour de céans ne voit en outre pas ce qui justifierait de s'écarter des experts du Centre T._____ pour l'aspect somatique.

aa) Sur le plan de la médecine interne, l'examen réalisé par l'expert C._____ n'a mis en lumière aucune affection significative susceptible d'altérer la capacité de travail de l'assuré (cf. rapport d'expertise du 23 février 2017 p. 25). Rien au dossier ne vient mettre en doute ce constat.

bb) Sous l'angle neurologique, l'expert N._____ a fait état d'un examen sans anomalie significative. Il a précisé que les céphalées de l'assuré étaient plutôt d'origine tensionnelle que d'origine mixte ou migraineuse, et que le reste de la symptomatologie (sensations vertigineuses à type de troubles de l'équilibre, tremblements de la lèvre supérieure et bruxisme) était dépourvu de traduction significative à l'examen clinique, ne représentant ainsi très certainement pas une cause d'incapacité de travail. L'expert a ajouté que la consommation importante d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'antalgiques et de triptans induisait une chronicisation des maux de tête sous la forme de céphalées médicamenteuses ; par conséquent, il a préconisé un sevrage médicamenteux suivi d'une administration raisonnable d'antalgiques si nécessaire, selon l'importance et la fréquence des maux de tête. Cela étant, le Dr N._____ n'a pas retenu d'incapacité de travail sur le plan neurologique. En effet, quand bien même l'importance des maux de tête et les éventuels effets secondaires des traitements avaient pu représenter un certain handicap dans l'activité préalable, rien ne permettait toutefois de conclure à une incapacité de travail significative ; du reste, l'expert a rappelé qu'une prise en charge thérapeutique correcte permettrait de diminuer significativement la fréquence des maux de tête (cf. rapport d'expertise du 23 février 2017 p. 25 s.).

aaa) Pour ce qui est tout d'abord de l'aspect procédural, il y a lieu d'observer que si le Dr N. _____ a certes relevé que des rectifications au niveau de la prise en charge médicamenteuse pourraient diminuer la fréquence des maux de tête, il n'en a pas moins expressément conclu, à la lumière de son examen neurologique et des pièces au dossier, à une pleine capacité de travail indépendamment d'un sevrage médicamenteux ou d'une altération de la médication. Dans ces conditions, l'assuré n'avait pas à faire l'objet d'une sommation au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA avant qu'une pleine exigibilité puisse être retenue (*a contrario* : TF 9C_385/2007 du 17 avril 2008 consid. 4.2).

bbb) Les autres avis médicaux au dossier ne contiennent par ailleurs aucun élément concret susceptible d'ébranler les conclusions de l'expert N. _____.

Ainsi, dans ses avis successifs émis entre 2011 et 2014, le Dr L. _____ s'est contenté d'affirmer l'existence de céphalées et de troubles migraineux à l'origine d'une incapacité de travail de 30 %, 50 % puis 100 % - sans avancer de motivation objective à l'appui des diagnostics retenus, ni apporter la moindre justification quant à la fluctuation des différents taux d'incapacité annoncés.

S'agissant du neurologue B. _____, il a fait état d'une exigibilité de 70 % fondée sur des céphalées de tension, des troubles neuropsychologiques modérés et un probable état dépressif modéré, qui se manifestaient par des troubles de l'attention et de la concentration ainsi qu'une fatigabilité (cf. rapports des 13 avril et 18 juillet 2011). Force est toutefois de rappeler que l'expert N. _____ a fortement relativisé l'incidence des céphalées tensionnelles et que la poursuite de l'instruction a démontré l'absence de diagnostic psychiatrique ou d'atteinte neuropsychologique significative. Au final, il apparaît ainsi que les problèmes d'attention, de concentration et de fatigue invoqués au fil de la procédure reposent essentiellement sur les plaintes subjectives de l'assuré et non sur des constatations médicales objectives, si bien que l'on ne saurait leur prêter une nature invalidante (ATF 130 V 352 consid.

2.2.2). Cela étant, l'exigibilité mentionnée par le Dr B._____ ne saurait être retenue.

ccc) Enfin, on notera que l'aggravation des céphalées invoquée par le recourant (cf. mémoire de recours du 24 septembre 2018 p. 8) n'est guère étayée et ne peut, dès lors, être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante.

ddd) Echappant à la critique, l'appréciation de l'expert N._____ doit donc être suivie.

d) En définitive, l'examen du dossier ne révèle aucun motif pertinent incitant à douter du rapport établi le 23 février 2017 par les experts du Centre T._____. Les conclusions de ce rapport s'avèrent en outre complètes et exemptes de contradictions et satisfont, ainsi, aux exigences posées par la jurisprudence en matière de pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra).

Partant, le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise, l'appointement d'une audience ou l'audition de témoins, tels que sollicités par l'intéressé (cf. mémoire de recours du 24 septembre 2018 p. 11 et réplique du 5 décembre 2018 p. 4), seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées).

6. Il découle de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé a reconnu au recourant une pleine capacité de travail dans toute activité, constat incompatible avec l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

Sur ce point, on notera en particulier que l'OAI n'était pas lié par le taux d'invalidité de 37 % retenu aux termes de ses précédentes décisions des 20 octobre 2011 et 13 août 2014. En effet, ces décisions

reposaient sur une instruction médicale lacunaire et ont conséquemment été annulées par la Cour de céans les 16 mai 2013 et 15 août 2016.

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

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que l'intéressé est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGa).

S'agissant du montant de l'indemnité due à l'avocat commis d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ). En l'espèce, selon la liste des

opérations communiquée le 26 novembre 2019, Me Reymond a chiffré à 20 heures le temps consacré au dossier du recourant. L'avocat a toutefois comptabilisé une conférence « *avec vous-même* » et quatre courriers adressés « *à vous-même* » dont on peine à comprendre la finalité, ces postes s'inscrivant en marge des différentes prises de contact avec le recourant ou le Tribunal. Partant, ces opérations ne seront pas retenues. Le décompte d'activité fourni le 26 novembre 2019 mentionne par ailleurs une « *conférence avec le client* » le 23 septembre 2019, suivie de l'étude du dossier ainsi que de la rédaction d'un recours, d'un bordereau et d'un courrier au Tribunal cantonal le 24 septembre 2019. Or le dossier n'a connu aucun développement depuis la duplique de l'intimé du 7 janvier 2019. L'activité déployée les 23 et 24 septembre 2019 peut ainsi difficilement être rattachée à la conduite du présent procès. Corrélativement, dans la mesure où les démarches entreprises ne peuvent à l'évidence pas être considérées comme nécessaires à la sauvegarde des droits de la partie (ATF 141 I 124 consid. 3.1), elles ne sauraient donner lieu à indemnisation envers le conseil d'office. Dès lors, compte tenu des heures de prestations d'avocat admises (13 heures et 10 minutes) et du forfait applicable aux débours (art. 3bis al. 1 RAJ), le montant total de l'indemnité de Me Reymond s'élève à 2'680 fr. 10, y compris la TVA.

Enfin, le recourant a demandé par écriture du 3 décembre 2019 à ce que les effets de l'assistance judiciaire rétroagissent au 3 janvier 2018. La Cour de céans ne saurait toutefois accéder à une telle requête dans la mesure où, pour la période considérée, il appartenait à l'assuré de solliciter l'assistance juridique en procédure administrative (art. 37 al. 4 LPGA).

**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 17 août 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 mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. Il est alloué à Me Georges Reymond, conseil d'office du recourant, une indemnité fixée à 2'680 fr. 10 (deux mille six cent huitante francs et dix centimes), TVA et débours 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 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 Georges Reymond (pour A. _____),
- 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 :