

VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 1118 vom 15. April 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-04-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__1118

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 1118 du 15 avril 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 1118 del 15 aprile 2019

Regeste

AI{ASSURANCE}, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, REJET DE LA DEMANDE, RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.04.2019 Arrêt / 2018 / 1118

AI{ASSURANCE}, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, REJET DE LA DEMANDE, RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 264/18 - 110/2019 ZD18.037910 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 15 avril 2019 _____ Composition : Mme Dessaux , présidente

M. Métral, juge, et Mme Silva, assesseur, Greffière : Mme Raetz ***** Cause

pendante entre : L. _____ , à [...], recourant, représenté par Procap, à Bienne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 6

ss LPGA ; 4 et 28 LAI. E n f a i t : A. L. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né

en 1959, aide-cuisinier sans formation professionnelle achevée, a travaillé dès 1980 au

restaurant de l'U. _____ à [...]. Le 16 mai 2012, 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). Dans un questionnaire complété le 6 juin

2012, l'employeur a indiqué que le salaire annuel de l'assuré se montait à 46'540 fr. depuis

le 1 er janvier 2011 pour une activité à temps plein, et que celui-ci était à l'assurance à 50 %

depuis le 5 décembre 2011. Dans un rapport du 17 juillet 2012, le Dr H. _____, médecin

généraliste traitant, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail

d'hernie discale postéro-médiane et foraminale gauche L4-L5 comprimant L5 gauche et S1

gauche avec syndrome déficitaire moteur et réflexes liés, et de tabagisme chronique avec

COPD (Chronic obstructive pulmonary disease), devenant limite, « GOLD II à III ». Le

patient présentait une incapacité de travail de 30 %. Il ressort des protocoles opératoires du

G. _____ versés au dossier que l'assuré a notamment subi, le 22 avril 2013, une

laparotomie exploratrice, une duodénotomie et une triple ligature de l'artère

gastro-duodénale. Il a été réopéré le 26 avril 2013 pour une fermeture de la paroi

abdominale et le 2 mai 2013 pour la révision de la cicatrice de laparotomie. Le 10 juin

2013, il a subi une hémilaminectomie inférieure de L4 et supérieure de S1 avec

laminectomie de L5 à droite pour sténose ostéoligamentaire associée à une discopathie

L5-S1 droite. Dans un rapport du 2 octobre 2013, le Dr H. _____ a informé l'OAI que

son patient avait tenté une reprise à 100 % en janvier 2013, laquelle avait échoué. A la suite

de l'utilisation de fortes doses de cortisone en raison de signes déficitaires lombaires,

l'assuré avait développé un ulcère bulbaire gravissime nécessitant une hospitalisation

d'urgence, avec un risque mortel réel. Il s'en était suivi une perte pondérale et musculaire

massive, sans amélioration des symptômes déficitaires lombaires. Le Dr H. _____ préconisait une reconversion professionnelle. Par courriers des 23 avril et 31 juillet 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge un entraînement à l'endurance du 1^{er} mai au 31 juillet 2014, puis un entraînement progressif du 1^{er} août au 14 novembre 2014 auprès de R. _____ [...]. Dans un rapport de stage du 22 août 2014, R. _____ a indiqué que l'assuré disposait des aptitudes professionnelles nécessaires à la réalisation de travaux de montage mécaniques simples et de conditionnements légers. En dépit de sa problématique de santé, il avait pu reprendre un rythme de travail et augmenter progressivement son temps de présence. Au terme de la mesure, il avait atteint un taux d'activité de 40 %. L'assuré avait cependant exprimé ressentir plus de fatigue au fur et à mesure que son taux de présence augmentait, ce qui l'avait contraint à se reposer durant la deuxième partie de la journée. Le 1^{er} septembre 2014, le Dr P. _____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'hernie discale postéro-médiane et foraminale gauche L4-L5 avec compression de la cinquième racine lombaire gauche connue depuis juillet 2011 et opérée en juin 2013, d'hémorragie digestive haute secondaire à la prise chronique d'anti-inflammatoires et de corticoïdes, et de perte pondérale de 9 kg au cours de cette dernière année. Pour ce médecin, une activité occupationnelle auprès de R. _____ était encore exigible à un taux de 50 %. Dans un rapport du 14 octobre 2014, R. _____ a relevé que l'objectif principal de la mesure d'entraînement progressif était une augmentation progressive du temps de présence pour atteindre un minimum de 60 % au terme de la mesure, mais que l'assuré avait fourni un certificat médical attestant de son incapacité à augmenter son temps de présence à plus de 50 % et qu'il n'avait jamais réussi à tenir plus que 50 %. La mesure d'entraînement progressif a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2014. Dans un avis médical du 27 octobre 2014, les Drs B. _____ et T. _____, médecins auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ont requis la mise en œuvre d'un examen rhumatologique auprès du SMR. L'assuré a ainsi été examiné le 17 décembre 2014 par le Dr V. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, et médecin auprès du SMR. Dans son rapport du même jour, le Dr V. _____ a posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans un contexte de status post cure de hernie discale L4-L5, L5-S1 et foraminotomie étagée du côté droit. Il a retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle d'aide de cuisine. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit, s'agissant du rachis lombaire, sans mouvements répétés de flexion/extension, sans attitude en porte-à-faux, sans port de charges répété au-delà de 5 kg, occasionnel au-delà de 10 kg, et sans position statique debout prolongée au-delà de 30 minutes et assise au-delà d'une heure, la capacité de travail était de 50 % depuis le 28 octobre 2013. A partir du 13 octobre 2014, elle était entière. Cependant, le Dr V. _____ a estimé que compte tenu de l'état général de l'assuré et de la problématique neurologique qu'il proposait d'investiguer, l'exigibilité dans une activité adaptée n'était vraisemblablement pas supérieure à 50 %. Il a précisé que son appréciation de la capacité de travail exigible s'appuyait uniquement sur la problématique ostéo-articulaire et recommandait de demander un avis complémentaire au gastroentérologue et au Dr P. _____. Dans un rapport du 13 janvier 2015, le Dr H. _____ a estimé que la capacité résiduelle de travail de son patient était de 50 % en respectant ses limitations fonctionnelles. Dans un rapport du 15 avril 2015, le Dr P. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies résiduelles, sans déficit radiculaire, dans le cadre d'un status après cure de hernie discale L5-S1 droite le 10 juin 2013, de

déconditionnement physique avec perte pondérale, inappétence, fatigue dans les suites d'une hémorragie digestive haute opérée en mai 2013, de très probable atteinte neuropsychologique, soit congénitale, soit dans les suites d'un accident de la circulation subi à l'âge de quatre ou cinq ans. Pour le Dr P. _____, la capacité de travail dans l'activité habituelle comme aide cuisinier était nulle depuis la fin du mois de novembre 2011. Dans une activité adaptée, elle se montait à 100 % à partir de l'automne 2014, avec ménagement à l'égard des charges à porter. Le Dr P. _____ s'est posé la question de savoir s'il existait des séquelles dans les suites de l'accident survenu en bas âge, ceci tant au niveau cérébral que cervical. Il a suggéré de réaliser une imagerie par résonance magnétique (IRM) ainsi qu'un bilan neuropsychologique. Un examen neuropsychologique a été effectué le 10 juin 2015 au C. _____ à [...]. Dans un rapport du 21 juillet 2015, W. _____, psychologue spécialisée en neuropsychologie, a relevé plusieurs types de déficits. Elle a pour le surplus indiqué ce qui suit : « Le ralentissement pénalise nettement ce patient lorsqu'il effectue des tâches impliquant du rendement. La faible mémoire de travail et les difficultés en attention divisée sont susceptibles d'avoir un impact dans la réalisation de 2 tâches simultanées, ainsi qu'en présence de distracteurs (stimulation sonore en particulier). En revanche, il s'agit d'un patient collaborant, pouvant effectuer le travail proposé sans trop d'erreurs, surtout si routinier, dans un environnement peu bruyant et encadrant, dans la mesure où des consignes claires lui sont imparties. Bien que ce patient ait pu travailler pendant de nombreuses années, l'analyse de son parcours scolaire et professionnel, ainsi que dans la gestion du quotidien, pourrait faire suspecter un fonctionnement intellectuel limite. Dans ce cadre, je me tiens à disposition pour une évaluation de l'efficacité intellectuelle (QI) pouvant mettre en évidence les points forts et les points faibles de ce fonctionnement. » Dans un rapport SMR du 5 août 2015, le Dr B. _____ a retenu comme atteinte principale à la santé des lombalgies chroniques dans un contexte de statut post cure de hernie discale L4-L5, L5-S1 et foraminotomie étagée droite. En tant que pathologies associées du ressort de l'AI, il a fait état d'un statut post hémorragie digestive en 2013 avec déconditionnement physique en conséquence et d'un trouble neuropsychologique probablement congénital avec ralentissement et faibles capacités mentales. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, elle se montait à 50 % avec, selon le type de tâches et l'environnement, une baisse de rendement de 10 %. Le Dr B. _____ a repris les limitations fonctionnelles énumérées par le Dr V. _____ concernant le rachis lombaire, en ajoutant la nécessité d'un travail simple, répétitif, avec des consignes claires, et sans multiples tâches simultanées. Un bilan d'efficacité intellectuelle a été réalisé par la neuropsychologue W. _____ le 11 août 2015. Il ressort du rapport y relatif que l'assuré a effectué sa scolarité en milieu spécialisé jusqu'à l'âge de seize ans, qu'il a vécu quelques années en internat en raison de difficultés de comportement et qu'il n'a pas obtenu de certificat de fin d'études. Par la suite, il a interrompu son apprentissage d'aide cuisinier en raison notamment de problèmes pour suivre les cours théoriques. Célibataire et sans enfant, il vivait avec sa mère, qui se chargeait depuis toujours des tâches quotidiennes, hormis les aspects administratifs et financiers qui étaient gérés par l'assuré, aidé par une amie si besoin. Il s'avérait en outre que ce dernier présentait un QIT [quotient intellectuel total] de 81. Le bilan mettait en évidence un fonctionnement intellectuel qualifié globalement de limite à moyen faible. Une IRM de la colonne lombaire et sacrée effectuée le 1^{er} octobre 2015 a révélé une arthrose postérieure L4-L5 modérée prédominante à gauche avec une petite composante inflammatoire, associée à une légère voussure discale latérale gauche à

ce niveau mais sans hernie significative. La voussure discale était déjà visible de manière inchangée en 2013. Dans un rapport du 13 octobre 2015, le Dr H. _____ a indiqué que son patient avait présenté, à partir du début du mois de septembre 2015, une récurrence hyperalgique lombaire basse avec sciatalgie limitative et modérément déficitaire à gauche sur le territoire L5. Au vu de la fragilité structurelle de l'assuré au niveau L4-L5, de ses limitations physiques et intellectuelles, ainsi que de son âge, il était dans l'intérêt de celui-ci de se voir octroyer une rente à 100 %. Par avis médical du 4 novembre 2015, le Dr B. _____ a relevé que les dernières pièces produites n'apportaient aucun élément nouveau et que l'assuré présentait bel et bien une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, de laquelle il fallait déduire 10 % en raison d'une baisse de rendement liée à son état neuropsychologique. Par projet de décision du 30 mai 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer un quart de rente du 1^{er} avril au 30 juin 2013, basé sur un degré d'invalidité de 40 %, puis une rente entière du 1^{er} juillet 2013 au 31 janvier 2015, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %, et enfin, dès le 1^{er} février 2015, un quart de rente fondé sur un degré d'invalidité de 44 %. Il a précisé que la prestation serait réduite pour la période durant laquelle l'assuré avait perçu des indemnités journalières de l'assurance-invalidité, soit du 1^{er} mai au 31 décembre 2014. Par courrier du 23 juin 2016, l'assuré, désormais représenté par Procap, a contesté ce projet de décision. En substance, il a allégué que l'exigibilité de la capacité de travail se fondait sur une appréciation erronée des faits et une instruction lacunaire. Il a produit divers pièces, dont les suivantes : - un rapport du 13 juillet 2015 adressé au Dr H. _____ par les Drs J. _____ et S. _____, médecins au V. _____, posant les diagnostics de troubles de l'attention et ralentissement, de probable fragilité développementale et de suspicion de syndrome de stress post-traumatique. Il était également relevé une consommation d'alcool à risque, soit une à deux unités par jour, probablement pas tous les jours, et un status post-alcoolisations massives dans la jeunesse. Les Drs J. _____ et S. _____ écrivaient en outre ce qui suit : « Ce patient présente un faible niveau de scolarité et des difficultés d'apprentissage de tout temps avec placement en internat puis école spécialisée. Les difficultés objectivées à l'examen neuropsychologique sont de nature principalement attentionnelles et stables dans le temps, avec un ralentissement pénalisant le patient face à des tâches nécessitant du rendement. Elles peuvent être explicables par une fragilité développementale seule, à laquelle pourrait s'ajouter une composante post traumatisme crânio-cérébral. En pratique, ce patient collaborant et désireux de retrouver une activité professionnelle est jugé capable d'effectuer un travail routinier à condition que cela soit dans un environnement peu bruyant et peu distrayant, dans un cadre et avec des consignes claires. L'examen sera encore complété par une mesure du quotient intellectuel pour laquelle M. a RV [rendez-vous] à notre centre le 11.08.15 avec Mme W. _____, neuropsychologue. Les résultats vous seront adressés. Par ailleurs, les symptômes décrits fin avril 2015 sont compatibles avec un syndrome de stress post-traumatique suite à l'hémorragie digestive de 2013, assimilable à une near death experience . [...] Enfin, dans le cadre des troubles du sommeil et des difficultés thymiques et cognitives objectivées, nous avons conseillé à M. de faire une fenêtre avec sa consommation d'alcool afin de déterminer si l'abstinence d'alcool a une influence positive sur les symptômes. [...] » ; - un rapport du 29 avril 2016 des [...] mentionnant la pose d'une prothèse totale de la hanche gauche le 12 avril 2016 ; - un rapport du 14 juin 2016 du Dr H. _____, indiquant que son patient n'avait pas pu retrouver sa masse musculaire, et donc son endurance. L'aggravation des douleurs engendrée par les efforts n'avait pas répondu aux divers traitements suivis. La capacité de

travail réelle ne dépassait pas les 25 %, voire se montait très éventuellement à 30 %.

Compte tenu de l'abattement de 50 % en raison du profil neuropsychologique, le rendement était de 15 %. Dans un avis médical du 26 juillet 2016, le Dr B. _____ a considéré que le courrier de Procap n'apportait aucun élément nouveau sur le plan médical. Le 29 juillet 2016, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'à la suite de l'opération de la hanche gauche, il avait effectivement eu un arrêt de travail de huit semaines et que celle-ci avait permis de le libérer de ses douleurs au niveau de la hanche. Son incapacité n'était donc pas durable et invalidante, et les limitations fonctionnelles y relatives avaient déjà été prises en compte dans le projet de décision, lequel devait être confirmé. Par décision du 26 octobre 2016, l'OAI a accordé à l'assuré un quart de rente du 1^{er} avril au 30 juin 2013, une rente entière du 1^{er} juillet 2013 au 30 avril 2014 et du 1^{er} janvier au 31 janvier 2015, puis un quart de rente dès le 1^{er} février 2015. L'assuré a recouru contre cette décision le 28 novembre 2016, en soutenant que l'instruction médicale devait être complétée. Par arrêt du 4 août 2017 (AI 326/16 – 217/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours et annulé la décision litigieuse. Elle a renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, cas échéant avec une nouvelle évaluation neuropsychologique, puis rende une nouvelle décision.

B. Dans l'intervalle, le 18 janvier 2017, l'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent. Le 29 août 2017, le Dr H. _____ a informé l'OAI que la demande liée à un besoin d'accompagnement avait été faite au début 2017 et apparaissait désormais modérément sous-évaluée, car l'assuré ne récupérait pas la masse musculaire qu'il avait perdu et qu'il développait en outre des phénomènes d'arthrose intervertébrale et des douleurs irritatives au niveau de la zone d'insertion de la prothèse de la hanche gauche. Plusieurs atteintes avaient une influence sur sa capacité à accomplir les actes ordinaires de la vie de manière autonome. Il y avait notamment, depuis fin 2016, une accentuation de l'amyotrophie dorsolombaire et des membres inférieurs préexistante, conduisant à une aggravation de la fatigabilité, avec une mise sous tension des structures myofasciales du dos et des membres inférieurs. En avril 2017 avait également été posé le diagnostic d'ostéoporose vertébrale avérée. Le Dr H. _____ a annexé un rapport de densitométrie osseuse établi le 13 avril 2017 par la Dresse Z. _____, radiologue, constatant une ostéoporose du squelette axial, une ostéopénie modérée du squelette appendiculaire et un état partiellement dégradé de la micro-architecture osseuse au niveau de la colonne lombaire. Par projet de décision du 12 mars 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande d'allocation pour impotent. A la suite de l'opposition de l'intéressé, l'OAI a mis en œuvre une enquête à domicile. Dans son rapport du 15 mai 2018, l'enquêtrice a conclu que bien qu'une aide doive être apportée à l'assuré pour certaines démarches administratives et certains déplacements, l'accompagnement n'atteignait pas deux heures par semaine de manière régulière. L'intéressé était en outre autonome pour les actes de la vie quotidienne. L'OAI a confirmé le refus d'allocation pour impotent par décision du 18 juin 2018.

C. Faisant suite à l'arrêt de la Cour de céans, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, confiée au Dr D. _____, psychiatre, lequel a examiné l'assuré les 1^{er} et 8 décembre 2017, avec BB. _____, psychologue. Ce dernier a également été soumis à un test pour mesurer son QIT. Dans son rapport du 8 décembre 2017, le Dr D. _____ a retenu les diagnostics de syndrome d'amplification avec recherche de bénéfices secondaires (Z76.5) et d'intelligence limite (QI à 75), lesquels n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. La capacité de travail de l'assuré dans une activité du même genre que celle qu'il avait exercé jusqu'à présent, mais adaptée à ses compétences et à ses limitations, restait pour l'heure à 50 %

avec une diminution du rendement de 10 %, comme attesté par les rhumatologues, neurologues et gastro-entérologues ayant rencontré l'assuré. Le QI de l'assuré ne l'avait pas empêché d'exercer une activité rémunérée jusqu'en 2012 et ne l'empêchait toujours pas d'apprendre à exercer n'importe quelle activité manuelle répétitive et simple. En annexe, était joint un rapport de bilan psychologique établi le même jour par BB. _____, laquelle retenait un QIT de 75, qualifié de limite. Elle estimait qu'il était pertinent d'encourager la reprise professionnelle de l'assuré à temps partiel dans un domaine pratique et manuel, de sorte que ses compétences non-verbales puissent être utilisées. Par avis médical du 6 mars 2018, la Dresse K. _____, médecin au SMR, a considéré qu'en absence d'une atteinte psychiatrique, les conclusions de l'avis du 5 août 2015 du SMR demeuraient inchangées. Par décision du 13 août 2018, confirmant un projet du 9 mars 2018, l'OAI a octroyé un quart de rente du 1^{er} avril au 30 juin 2013, basé sur un degré d'invalidité de 40 %, puis une rente entière du 1^{er} juillet 2013 au 31 janvier 2015 fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, et enfin un quart de rente, dès le 1^{er} février 2015, sur la base d'un degré d'invalidité de 44 %, sous déduction des indemnités journalières de l'AI. Il a retenu que depuis le 13 octobre 2014, l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % avec une diminution de rendement de 10 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. C. Par acte du 4 septembre 2018, L. _____, toujours représenté par Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans, en concluant à son annulation et à ce que son droit aux prestations soit constaté, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants. Il a soutenu que ses faiblesses intellectuelles l'avaient empêché d'effectuer une formation professionnelle, de sorte que son revenu avec invalidité devait être déterminé sur la base de l'art. 26 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). En outre, il a contesté pouvoir exploiter sa capacité de travail sur le marché de l'emploi, car il ne pouvait ni exercer son activité habituelle d'aide de cuisine – en raison de ses atteintes somatiques –, ni effectuer une nouvelle activité à cause de ses limites intellectuelles. Enfin, il a fait valoir qu'un taux d'abattement de 25 % du revenu avec invalidité, et non de 10 %, était justifié. Dans sa réponse du 18 octobre 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a relevé que selon les rapports médicaux, le recourant présentait uniquement une incapacité de travail et des limitations fonctionnelles telles qu'admises de longue date sur le plan somatique. Au plan psychiatrique, le niveau intellectuel limite mis en évidence ne constituait pas en soi un obstacle à la reprise d'un travail adapté. **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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. a) Selon un principe général de procédure, les conclusions en constatation de droit ne sont recevables que lorsque des

conclusions condamnatoires ou formatrices sont exclues. Sauf situations particulières, les conclusions constatatoires ont donc un caractère subsidiaire (ATF 135 I 119 consid. 4 ; TF 2C_490/2014 du 26 novembre 2014 consid. 1.2). La conclusion du recourant selon laquelle « son droit aux prestations doit être constaté » est de nature constatatoire et devrait être considérée comme irrecevable au vu de la jurisprudence précitée. Toutefois, on peut déduire des motifs du recours que l'intéressé demande l'octroi d'une rente entière d'invalidité postérieurement au 31 janvier 2015. Interprétée à la lumière des motifs du recours, cette conclusion est recevable (ATF 135 I 119 consid. 4), étant au demeurant précisé que le tribunal n'est pas lié par les conclusions de parties (cf. art. 61 let. d LPGA). b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d). En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} avril 2013, singulièrement sur son degré d'invalidité dès le 1^{er} février 2015. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente, et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). b) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5, 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ;

il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 4. a) 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, TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée, TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1). 5. En l'espèce, après avoir notamment reconnu à l'assuré une incapacité totale de travail dans toute activité, l'OAI a retenu que celui-ci présentait, à partir du mois d'octobre 2014, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 10 %. Tel que relevé par la Cour de céans au considérant 7a de son arrêt du 4 août 2017, l'appréciation de l'intimé sur le plan somatique ne prête pas flanc à la critique. Le rapport du 29 août 2017 du Dr H. _____, établi postérieurement à cet arrêt, ne remet pas en cause cette évaluation. En effet, les atteintes décrites par le Dr H. _____ entraînent des limitations fonctionnelles qui ont déjà été retenues par l'OAI. Au demeurant, le recourant ne conteste pas cette appréciation, ni celle effectuée sur le plan psychique par l'expert D. _____, qui a également conclu à la capacité de travail précitée. A cet égard, il sied de relever que le rapport d'expertise, établi en pleine connaissance de l'anamnèse, et comportant en particulier une appréciation claire de la situation médicale ainsi que des conclusions bien motivées, dispose d'une pleine valeur probante. Selon la jurisprudence, un QI de 75, tel que retenu par l'expert, ne constitue en principe pas une atteinte à la santé au sens de l'art. 7 al. 2 LPGA et n'entraîne pas d'incapacité de travail (TF 8C_861/2014 du

16 mars 2015 consid. 4.2 et les références citées). L'assuré fait en revanche valoir qu'il ne peut pas concrètement exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché de l'emploi.

6. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2, 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2, 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

b) En l'occurrence, le recourant soutient qu'il ne peut plus exercer son activité habituelle d'aide de cuisine en raison de ses atteintes somatiques – ce qui est admis par l'OAI –, et qu'il n'est pas non plus en mesure d'effectuer une nouvelle activité, ceci à cause de ses limites intellectuelles. Certes, dans leur rapport du 13 juillet 2015, les Drs J. _____ et S. _____, se fondant notamment sur l'examen neuropsychologique réalisé par W. _____, ont retenu différents troubles neuropsychologiques. Toutefois, ils n'ont pas pour autant exclu une capacité de travail dans une activité routinière, avec un environnement peu bruyant et peu distrayant, ainsi qu'un cadre et des consignes claires. S'agissant de l'efficacité intellectuelle, deux bilans ont été mis en œuvre, par W. _____ d'une part (rapport du 11 août 2015), et par BB. _____ d'autre part (rapport du 8 décembre 2017). Le premier a mis en évidence un QIT de 81 et qualifié globalement le fonctionnement intellectuel de l'assuré de limite à moyen faible. Le second a conclu à un QIT de 75, qualifié de limite. La comparaison entre ces bilans démontre que quand bien même les résultats du second sont inférieurs à ceux du premier pour trois critères (indice de compréhension verbale, de raisonnement perceptif et de vitesse de traitement) et similaire pour celui concernant la mémoire de travail, BB. _____ a estimé pertinent d'encourager l'intéressé à la reprise d'une activité professionnelle à temps partiel, dans un domaine pratique et manuel, de sorte que ses compétences non-verbales puissent être utilisées. Quant à l'expert D. _____, il a relevé que le recourant disposait d'un niveau suffisant pour exercer une activité en entreprise (cf. rapport d'expertise du 8 décembre 2017, p. 39). Il a également expliqué que les limitations intellectuelles de l'assuré ne l'avaient pas empêché d'effectuer une activité rémunérée jusqu'en 2012 et ne l'empêchaient toujours pas d'apprendre à exercer n'importe quelle activité manuelle répétitive et simple (p. 41). D'ailleurs, les mesures que le recourant a effectuées auprès de R. _____ confirment cette aptitude, puisque le rapport de stage du 22 août 2014 mentionne que l'intéressé dispose des aptitudes professionnelles nécessaires à la réalisation de travaux de montage mécaniques simples et de conditionnements légers. Même si l'expert déconseille que le recourant apprenne un nouveau métier (p. 45), il ne

l'exclut pas. De surcroît, il aboutit à ce constat en se fondant notamment sur les préférences de l'assuré. Si l'expert privilégie une réadaptation dans l'activité habituelle – en tenant compte des limitations fonctionnelles somatiques et du fait que l'environnement doit être dénué de stress et de performance –, c'est en raison du désintérêt du recourant pour d'autres activités professionnelles qui lui seraient proposées (p. 45) et la peur de faire autre chose que son activité habituelle. Ainsi, force est de considérer que sur un marché du travail équilibré, offrant suffisamment d'activités simples et répétitives adaptées aux compétences intellectuelles de l'assuré, celui-ci est en mesure de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle. 7. Cela étant constaté, il y a lieu d'examiner le degré d'invalidité du recourant. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées, ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4). a) S'agissant tout d'abord du revenu sans invalidité, le recourant soutient qu'il doit être déterminé sur la base de l'art. 26 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), car ses faiblesses intellectuelles l'ont empêché d'effectuer une formation professionnelle. aa) L'art. 26 al. 1 RAI prévoit que lorsque la personne assurée n'a pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité, le revenu qu'elle pourrait obtenir si elle n'était pas invalide correspond en pour-cent, selon son âge, à une fraction de la médiane, actualisée chaque année, telle qu'elle ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS). L'art. 26 RAI est un cas particulier d'application de la méthode générale de la comparaison des revenus (art. 16 LPGa) et permet de déterminer le revenu sans invalidité des assurés qui n'ont pas de formation professionnelle, à cause de leur invalidité (TF 9C_398/2014 du 27 août 2014 consid. 4.2). Cette disposition concerne les invalides de naissance ou précoce, c'est-à-dire ceux qui présentent une atteinte à la santé depuis leur naissance ou leur enfance et n'ont pu, de ce fait, acquérir des connaissances professionnelles suffisantes. L'insuffisance de formation doit être liée à l'invalidité (Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 55 ad art. 28a LAI). Selon l'art. 26 al. 2 RAI, lorsque l'assuré a été empêché par son invalidité d'achever sa formation professionnelle, le revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide est le revenu moyen d'un travailleur de la profession à laquelle il se préparait. Cette disposition concerne les assurés qui avaient déjà choisi et entrepris une formation professionnelle au moment de la survenance de l'invalidité, mais qui ont été empêchés de la terminer et d'exercer par conséquent une activité lucrative (Valterio, op. cit., n° 58 ad art. 28a LAI). bb) En l'occurrence, le recourant n'a pas souffert d'une invalidité de naissance ou précoce (art. 26 al. 1 RAI). Certes, il a bénéficié d'un enseignement spécialisé jusqu'à l'âge de seize ans au M. _____ à [...] et présente des faiblesses intellectuelles, avec un QI de 75 (cf. consid. 6b supra). Toutefois, selon le Dr

D. _____, cela est considéré comme étant à la limite inférieure de la norme (zone limite), mais pas suffisamment pathologique pour faire penser à un retard mental (cf. p. 32 de l'expertise). Les acquis scolaires de l'assuré étaient en outre manifestement suffisants pour qu'un employeur l'engage comme apprenti cuisinier. L'abandon de cette formation après une année est dû au recourant lui-même, qui ne se considérait « pas fait pour étudier ». Selon l'expert, il semblerait que ce soit davantage l'aspect relationnel avec le maître d'apprentissage que le travail en lui-même qui ait posé problème, même si le recourant a également évoqué des difficultés à suivre les cours (cf. pp. 27 et 28 de l'expertise). Par ailleurs, aucun élément ne permet de retenir que l'assuré a présenté une invalidité après avoir débuté sa formation, laquelle l'aurait empêché d'achever celle-ci (art. 26 al. 2 RAI), ce que l'intéressé ne fait au demeurant pas valoir. Ainsi, l'existence d'une invalidité à l'origine de l'absence de formation professionnelle n'est pas établie, de sorte qu'il n'y a pas lieu de déterminer le revenu sans invalidité selon l'art. 26 RAI. Pour fixer ce revenu, l'intimé s'est ainsi fondé à juste titre sur le salaire perçu par le recourant auprès de son ancien employeur en 2011, indexé à 2014, moment déterminant pour la comparaison des revenus (cf. consid. 7 supra), soit 47'619 francs. b) aa) Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalidé), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'ESS, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (TFA U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/cc). Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75). bb) En l'espèce, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose pas de formation professionnelle, son revenu avec invalidité doit être déterminé sur la base des données de l'ESS. Le salaire mensuel brut retenu par l'ESS 2012 pour les hommes effectuant une activité simple et répétitive dans le secteur privé s'élève à 5'210 fr., part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2012, TA1, niveau de qualification 1). Ce salaire doit être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2014, à savoir 41,7 heures (La Vie économique, tableau B 9.2). Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 5'431 fr. 43 par mois (5'210 fr. x 41,7 : 40 heures), correspondant à un montant de 65'177 fr. 10 par année. Ce revenu doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2014, ce qui conduit à un gain annuel de 66'158 fr. 41 à temps plein (+ 0.7 % pour 2013, + 0.8 % en 2014 [La Vie économique, tableau B 10.2]). Le recourant s'étant vu reconnaître une capacité de travail de 50 % (33'079 fr. 20), avec une diminution de rendement de 10 %, ce revenu doit être réduit à 29'771 francs. Ces chiffres ne prêtent pas flanc à la critique et n'ont d'ailleurs pas été contestés. L'assuré reproche en revanche à l'OAI d'avoir opéré sur ce revenu un abattement de 10 % seulement, aboutissant à un revenu avec invalidité de 26'794 fr. 15. Il estime qu'un abattement de 25 % est justifié. Toutefois, les difficultés neuropsychologiques ont justifié la diminution de rendement de 10 % (cf. avis médical du 4

novembre 2015 du SMR). Elles ne peuvent être retenues une seconde fois dans le cadre de l'abattement. Quant aux faibles capacités mentales du recourant, elles ne paraissent pas constituer une entrave dans l'exercice d'une activité simple et répétitive. Le temps partiel, l'âge, la perte de l'ancienneté et les limitations physiques peuvent entrer en ligne de compte. L'abattement résulte cependant d'une appréciation globale, et non d'une addition des critères qui seraient réalisés. En l'occurrence, l'abattement de 25 % dont se prévaut le recourant, correspondant au maximum admis par la jurisprudence, est exagéré. Le taux de 10 % retenu par l'OAI n'est pas critiquable. Quoiqu'il en soit, un taux de 15 %, qui porterait le revenu avec invalidité à 25'305 fr. 35, ne suffirait pas pour que le recourant puisse obtenir une rente plus élevée que celle octroyée par l'OAI dans la décision litigieuse.

c) Il résulte de la comparaison des revenus sans invalidité (47'619 fr.) et avec invalidité (26'794 fr. 15) un degré d'invalidité de 43.73 %, arrondi à 44 %. Ce taux est insuffisant pour maintenir le droit à une rente entière d'invalidité, celle-ci devant être réduite à un quart de rente (cf. consid. 3a supra). La diminution de la rente au 1^{er} février 2015, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé du recourant ayant eu lieu au mois d'octobre 2014, ne prête pas non plus flanc à la critique (cf. consid. 3b supra).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 13 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._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Procap (pour L._____) ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.