

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 87 vom 7. Mai 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-05-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2019\\_\\_87](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__87)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 87 du 7 mai 2019

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 87 del 7 maggio 2019

### Regeste

QUART DE RENTE, AI{ASSURANCE}, EXPERTISE MÉDICALE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, REJET DE LA DEMANDE | 17 LAI, 18 LAI, 28 LAI, 4 LAI, 8 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 43 LPGA, 44 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### Erwägungen

#### E. 30

octobre 2013. Il a communiqué sa décision à l'assuré le 3 février 2014, se référant à un contrat d'objectif du 15 janvier 2014 et prenant en charge un nouvel entraînement à l'endurance. Selon attestation du 3 février 2014 du Dr B.\_\_\_\_\_, l'assuré a bénéficié d'un arrêt de travail à 100 % dès cette date et jusqu'au 3 mars 2014. Ce médecin traitant a confirmé son appréciation diagnostic par rapport du 21 février 2014 adressé à l'OAI estimant que l'incapacité de travail totale serait de trois à quatre mois dans le meilleur des cas. Suivant un avis médical du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) du 27 mars 2014, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès de la Dresse X.\_\_\_\_\_ et du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie. La première a répondu par courrier du 23 juin 2014 que l'assuré n'était plus suivi dans son cabinet depuis le 2 décembre 2013. Le second a indiqué dans son rapport du 30 juillet 2014 que tous les traitements de la maladie de Crohn avaient échoué et que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Suivant un avis SMR du 25 août 2014, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, gastroentérologie et médecine interne) afin de clarifier les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Le mandat a été attribué par la plateforme SuisseMED@P au Centre O.\_\_\_\_\_ à [...]. Par communication du 23 mars 2016, l'OAI a communiqué à l'intéressé le nom des experts l'invitant à faire valoir un éventuel motif de récusation. L'assuré, désormais assisté de Procap Suisse, a pu compléter le questionnaire à l'attention des experts en y adjoignant des questions par courrier du 31 mars 2016. Entre temps, l'assuré a débuté un suivi auprès du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre de psychiatrie et psychothérapie J.\_\_\_\_\_, ce dernier indiquant suivre l'intéressé depuis le 12 mars 2015. L'assuré a fait l'objet d'un examen neuropsychologique au Centre de psychiatrie et psychothérapie J.\_\_\_\_\_ les 7 et 14 décembre 2015 (cf. rapport d'évaluation neuropsychologique du 18 février 2016) mise en œuvre par H.\_\_\_\_\_, neuropsychologue dont la conclusion est la suivante : « Conclusion : Structure psychotique de type déficitaire, marquée par des troubles archaïques de la construction de la pensée, du langage et de l'intégrité corporelle. La production est caractérisée par la pauvreté des liens de la pensée et la perplexité, ainsi que par la présence de traits infantiles. Les angoisses de morcellement et de persécution sont au premier plan et

le système défensif est organisé autour du déni et du raccrochage à la réalité. Le niveau intellectuel investigué par la WAIS-IV montre un retard mental léger selon la CIM-10 (QI de 63). Le tableau présent est compatible avec l'hypothèse d'une évolution liée à des séquelles de psychose infantile. En outre, des signes de syndrome psycho-organique ont pu être décelés et nous recommandons des examens complémentaires dans ce sens. » Par rapport du 12 avril 2016 adressé à L'OAI, le Dr G. \_\_\_\_\_ a posé comme diagnostics provisoires une schizophrénie résiduelle (F20.5) et un retard mental léger (F70), estimant que la capacité de travail de l'intéressé était nulle, tant dans une activité habituelle que dans une activité adaptée, et indiquant que de plus amples examens neuropsychologiques avaient été commandés. L'expertise a été réalisée au Centre O. \_\_\_\_\_ les 10 mai et 8 juin 2016 par les Drs C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, et D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les experts ont rendu leur rapport en date du 22 septembre 2016. Ils ont retenu le diagnostic incapacitant de maladie de Crohn iléale et les diagnostics non incapacitants de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), existant depuis l'adolescence, actuellement pas décompensé, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10.20), actuellement abstinent depuis 2010 et secondaire au trouble de la personnalité, de status après fundoplicature pour maladie de reflux, actuellement sans complication, d'ostéosynthèse pour fracture ouverte de l'avant-bras gauche en 1986, de fracture malaire, arcade zygomatique, condyle droit et clavicule gauche en 1986, de bruxisme et dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire bilatérale, de rhinite allergique per-annuelle sur hypersensibilité aux acariens et de tabagisme (Rapport Centre O. \_\_\_\_\_, p. 29). Sur question de Procap Suisse, les experts ont précisé que les diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail n'interagissaient pas de manière à accentuer les effets du diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail ( Ibid. ). S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont exposé que l'assuré devait bénéficier de facilité d'accès aux lieux d'aisance et d'une proximité de ces derniers. Les experts ont indiqué qu'une activité adaptée à la situation médicale de l'assuré consistait dans des tâches simples, sans trop d'interactions sur le plan relationnel et où l'intéressé disposerait d'une large autonomie (Rapport Centre O. \_\_\_\_\_, pp. 29-30). Les experts ont relevé que, sur le plan gastroentérologique, il existait une incapacité de travail de 40 % en raison de douleurs, diarrhées et de la fatigue. Sur les plans de la médecine interne et de la psychiatrie, les experts n'admettent que des périodes d'incapacité de travail transitoires lors de décompensation du trouble de la personnalité ou de phases d'addiction majeures ( Ibid. ). Par conséquent, les Drs C. \_\_\_\_\_, F. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ ont arrêté la capacité de travail exigible à 60 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, avec un rendement fluctuant en fonction des poussées de la maladie de Crohn (Rapport Centre O. \_\_\_\_\_, p. 30). Les experts rapportent en outre ce qui suit : « SYNTHÈSE ET DISCUSSION Rappel de l'histoire médicale [...] Après une première tentative infructueuse, il s'est installé en Suisse à l'âge de 18 ans réussissant à trouver assez rapidement un travail dans le domaine de la restauration. Il a interrompu toute activité professionnelle en novembre 2009, dans un contexte de difficultés familiales (avec notamment la perte de sa mère événement qui a été à l'origine d'une réaction dépressive et de majoration de ses conduites de consommation d'alcool) et de surmenage au travail. [...] Situation actuelle et conclusions Sur le plan de la médecine interne, l'examen de ce jour est normal en dehors de l'auscultation d'un souffle artériel fémoral bilatéral, plus marqué à droite. Son médecin traitant lui a également mentionné ce phénomène. L'anamnèse est

compatible avec un éventuel diagnostic de claudication intermittente. L'examen Doppler effectué au Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_ il y a un an environ étant revenu normal, d'autres investigations n'ont pas été effectuées. Cela pourrait néanmoins être nécessaire, car l'assuré, par son tabagisme, augmente les risques au niveau artériel. La discrète limitation de la supination du poignet gauche n'est pas invalidante. Le bruxisme est responsable de douleurs chroniques au niveau de l'ATM droite surtout. De nombreuses tentatives de traitements ont été effectuées sans succès. Une intervention à ce niveau aurait été proposée, mais n'est d'une part pas couverte par son assurance et, d'autre part, le résultat n'est pas garanti. Les douleurs et les contractions de l'articulation temporo-mandibulaire bénéficient d'un traitement antalgique qui est assez bien conduit et de plus, sont soulagées par une injection bisannuelle de Botox. Il n'y a pas de caractère incapacitant. Si le diagnostic d'insuffisance artérielle était confirmé, il y aurait lieu d'envisager une nouvelle incapacité transitoire de travail. Sur le plan gastro-entérologique, l'évaluation confirme la présence d'une symptomatologie abdominale douloureuse de façon discrète à la palpation profonde, mais, pour le reste, l'examen clinique ne met pas en évidence d'anomalie à retenir. Concernant ses douleurs digestives toujours, il faut prendre en considération la relative fixité des lésions iléales qui sont constamment retrouvées sur tous les examens et cette nature chronique des lésions me semble suffisante pour confirmer un diagnostic de maladie de Crohn dont la prise en charge est correcte, mais pour laquelle les différents essais thérapeutiques classiquement utilisés se sont tous avérés infructueux à cause d'une intolérance, qui est difficile à comprendre. La description des brûlures chroniques rétro-sternales qui d'ailleurs débordent du cadre rétro-sternal pour aller jusque dans la gorge voire dans le nez et s'étendre à tout l'abdomen sont plus difficiles à intégrer et ne correspondent probablement pas à un reflux. Attesté par les endoscopies supérieures, ce reflux est probablement de faible importance et non lésionnel et d'autre part, ne semble pas répondre du tout à la prise d'IPP bien que ces médicaments soient pris de façon temporaire. Globalement, on peut retenir la maladie de Crohn chronique comme incapacitante ce d'autant qu'elle ne répond ou ne tolère aucun traitement entrepris. Elle peut être responsable de douleurs abdominales, de diarrhées et d'une asthénie chronique. Les autres éléments décrits par le patient semblent par contre beaucoup plus subjectifs et non expliqués par les constatations objectives des différents examens entrepris. « Sur le plan psychique, lors de la présente évaluation : - Il n'a pas mis en évidence d'atteinte de l'humeur : la thymie de R. \_\_\_\_\_ est décrite comme fluctuante, elle relève d'une composante d'instabilité tout comme la gestion de ses émotions en général. - On relève une anxiété mineure, à peine admise par l'expertisé qui se manifeste sous la forme de tension, de quelques ruminations interrogatives et inquiètes. Il n'y a pas de crises anxieuses signalées. - Il existe clairement des indicateurs que la problématique centrale de l'expertisé consiste en un trouble de la personnalité significatif, dont les traits saillants sont : l'intensité et l'instabilité des réactions émotionnelles, l'impulsivité avec des actings (comme lorsqu'il a décidé d'arrêter de travailler par ras-le-bol en novembre 2009), une gestion des affects est également déficitaire avec une fluctuation de l'humeur, oscillant entre tristesse, ennui et colère. R. \_\_\_\_\_ vit dans l'instant présent et a de grandes difficultés à se projeter dans l'avenir, de construire des projets personnels. Cela se traduit par le fait que son histoire est marquée par la précarité et les désillusions, quasi dans tous les domaines en particulier dans le domaine affectif. Son style cognitif est caractérisé par un traitement dichotomique de l'information, il reste peu élaboré, régulièrement perturbé par des émotions intenses avec des mécanismes de défense archaïques comme la projectivité voire même la présence de

thèmes persécutaires. Il se positionne d'ailleurs très largement en tant que victime revendicatrice face à sa situation actuelle. - Tous ces éléments cliniques, soit mis en évidence dans l'anamnèse détaillée, soit constatés objectivement lors du status psychiatrique, correspondent aux critères diagnostiques de l'ICD-10 définissant le trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F 60.31). - Pour rappel le Dr G. \_\_\_\_\_ avait quant à lui retenu un diagnostic de schizophrénie résiduelle (F20.5) et de retard mental léger (F70), il se référait largement pour poser ce diagnostic sur un rapport d'examen psychologique effectué en février 2016 dans lequel la psychologue avait conclu à la présence d'une structure psychotique et un niveau intellectuel investigué (au WAIS-4) avec un QI de 63, soit un retard mental léger. L'expert est en désaccord avec le diagnostic de schizophrénie résiduelle, car d'une part il n'a pas été mis en évidence que R. \_\_\_\_\_ est passé antérieurement par une phase aiguë de la maladie avec la présence de symptômes positifs et qu'en ce qui concerne la schizophrénie résiduelle (qui pour rappel serait l'ultime stade évolutif de cette maladie chronique) celle-ci se caractérise par : un affect émoussé, de l'apathie, un manque d'initiative, une pauvreté du discours, un comportement excentrique et a des relations sociales limitées (il y a une persistance de divers éléments de la maladie comme en témoigne la présence de symptômes négatifs ou de symptômes positifs sous une forme atténuée). Or, on ne constate pas la présence de cette cohorte symptomatique lors du status psychique, bien au contraire il y a plutôt une expressivité des émotions accentuée et incontrôlée. De même fort de la présente il n'a pas été mis en évidence de signes de décompensation psychotique, le discours est cohérent, inscrit dans la réalité, il n'y a ni délire ni hallucinations, les réponses affectives sont adéquates. Il n'y ni retrait ni comportement bizarre durant l'entretien. Les thèmes persécutaires et la projectivité restant quant à eux parfaitement compatibles d'un trouble de la personnalité borderline plus proche du pôle psychotique que névrotique. - Ce trouble de la personnalité a été associé dans son évolution à de nombreuses comorbidités « typiques », dans le cas présent une dépendance à l'alcool ou encore au jeu qui ont mis l'expertisé dans une situation difficile. - Après des années durant lesquels R. \_\_\_\_\_ a présenté des abus et une dépendance à l'alcool, il semble sevré depuis l'année 2010, comme en témoignent les CDT pratiquées à deux reprises qui montrent des résultats qui en tout cas ne mettent pas en évidence une consommation exagérée du produit. - L'évolution du trouble de la personnalité borderline est chronique, alternant entre période de crise et de stabilité, mais qui aurait en principe plutôt tendance à s'atténuer en intensité avec l'âge. Le pronostic évolutif est généralement aussi conditionné par les comorbidités, dans ce cas on n'en relève comme précité plus, et chose également positive, R. \_\_\_\_\_ se montre compliant au traitement médicamenteux comme en témoignent les tests sanguins. Influence des troubles sur la capacité de travail - L'examen clinique a mis en évidence un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline qui est une atteinte psychique significative et difficile à traiter. Comme précité l'évolution du trouble est imprévisible, il fluctue et alterne entre périodes de stabilité plus ou moins longues et phases de crises. - Au moment de la présente évaluation, le trouble de la personnalité n'était pas décompensé. En effet, il n'y a pas de troubles comportementaux majeurs (on note une absence de conduites impulsives ou autodommageables), ni d'atteinte de l'humeur. Sur le plan de l'évaluation fonctionnelle, l'expertisé arrive à faire face aux exigences de la vie quotidienne ; il n'y a pas d'atteinte significative touchant le fonctionnement cognitif : sa capacité de jugement ou à s'organiser semblent actuellement conservées, cela en tenant compte de son niveau éducatif et peut être d'une intelligence limite. Par contre, R. \_\_\_\_\_ a démontré à niveau peu satisfaisant de

contrôle des affects et des pulsions, avec un risque non négligeable d'entrer rapidement dans une relation conflictuelle avec son interlocuteur (il ne supporte pas d'être remis en question et la frustration). Cet aspect est à risque de perturber son fonctionnement social. - En se basant sur ces constats, la capacité de travail actuelle de R. \_\_\_\_\_ peut être considérée comme totale au moment de la présente expertise, mais dans un poste de travail avec des tâches simples, sans trop d'interactions sur le plan relationnel et où il dispose d'une large autonomie. » L'assuré a fait l'objet d'un second examen neuropsychologique par U. \_\_\_\_\_, neuropsychologue au Centre de psychiatrie et psychothérapie J. \_\_\_\_\_, les 25 et 26 mai et 1<sup>er</sup> et 2 juin 2016 (cf. rapport d'évaluation neuropsychologique du 11 août 2016) On en extrait notamment ce qui suit dudit rapport : « Interprétation et recommandations Cette évaluation réalisée chez ce patient âgé de 46 ans, collaborant, à la thymie abaissée, légèrement ralenti et non fatigable, met en évidence : - Un déficit modéré à sévère en mémoire épisodique antérograde verbale et non verbale associé à de faibles performances en mémoire à court terme, - Des difficultés attentionnelles (fluctuations attentionnelles cliniquement relevées, ralentissement lors de certaines épreuves chronométrées), - Un fléchissement exécutif (présence de persévérations en reproduction de séquences graphiques alternées ainsi qu'en fluence figurale ; difficultés en attention divisée, incitation verbale et mémoire de travail), - De performances faibles en dénomination d'images ainsi qu'en résolution de calculs à l'oral. Rappelons finalement que le faible niveau d'acquisition scolaire nécessite une certaine prudence quant à l'interprétation des résultats. Les autres domaines cognitifs investigués (orientation spatio-temporelle, praxies, gnosies visuelles, certaines fonctions exécutives [inhibition, programmation], alerte) apparaissent préservés. S'agissant de votre demande, il nous est difficile de nous prononcer sur une éventuelle cause organique en l'absence de bilan neuropsychologique antérieur. Les résultats de l'imagerie cérébrale apparaissent néanmoins rassurants (cf. imagerie du 22.02.2016). Une nouvelle évaluation neuropsychologique à distance d'une année reste conseillée afin de surveiller l'évolution du tableau. » Selon le rapport du rapport du 9 septembre 2016 Dr G. \_\_\_\_\_, les résultats de l'examen neuropsychologique précité ont démontré un déficit modéré à sévère en mémoire épisodique antérograde verbale et non verbale associé à des faibles performances en mémoire à court terme, des difficultés attentionnelles, un fléchissement exécutif et des performances faibles en dénomination d'image ainsi qu'en résolution des calculs à l'oral. Il a posé les diagnostics de schizophrénie résiduelle (F20.5) et de retard mental léger (F70), estimant que son patient présentait une incapacité totale de travail, tant dans une activité habituelle qu'adaptée. Par avis médical du 6 octobre 2016, la Dresse E. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a requis un complément d'instruction pour déterminer à partir de quelle date devait-on fixer le début de l'incapacité de travail durable à 40 %, la manière dont le degré d'incapacité de travail avait évolué depuis lors, la date à partir de laquelle l'activité habituelle était exigible à 60 %. La Dresse E. \_\_\_\_\_ a aussi demandé aux experts de se prononcer sur le rapport de l'évaluation neuropsychologique réalisée au Centre de psychiatrie et psychothérapie J. \_\_\_\_\_. En date du 14 octobre 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de Procap Suisse, a également requis un complément d'instruction. Le Centre O. \_\_\_\_\_ a rendu un complément d'expertise le 7 décembre 2016 dont le contenu est le suivant : « [...] · À partir de quand pouvons-nous fixer le début de l'incapacité de travail durable à 40 % que vous avez retenu dans votre rapport d'expertise du 22.09.2016 ? Sur le plan gastro-entérologique , depuis la date du diagnostic de la maladie de Crohn, soit en 2010. Sur le plan psychique , comme cité dans l'expertise, le trouble de la personnalité présenté par l'expertisé se

caractérisé par son instabilité et lorsqu'il se décompense il devient alors source d'IT. Cela a probablement été le cas entre décembre 2009 et fin 2010, voire début 2011, pour la suite l'expert psychiatre ne peut se prononcer déjà du fait qu'il y a un désaccord en termes de diagnostic retenu. Toutefois on peut faire l'hypothèse qu'avec le fait qu'il est devenu abstinent, R.\_\_\_\_\_ s'est progressivement restructuré et a retrouvé une forme d'équilibre ; il n'y a donc probablement plus d'incapacité pour des motifs psychiques depuis fin 2010-début 2011 et l'origine de son incapacité semble ensuite plutôt être pour des motifs somatiques. · Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Sur le plan gastro-entérologique , Status quo Sur le plan psychique , voir réponse ci-dessus. · A partir de quand l'activité habituelle est exigible à 60 % ? Sur le plan gastro-entérologique , depuis la reconnaissance de l'invalidité à 40 % soit 2010. · Nous vous prions de prendre connaissance du rapport de l'évaluation neuropsychologique réalisée au Centre de psychiatrie et psychothérapie J.\_\_\_\_\_ en mai et juin 2016: est-ce que ses conclusions permettent de modifier votre avis concernant les diagnostics incapacitants, la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles ? Sur le plan psychique , dans l'expertise l'intelligence limite et les aspects liés à son trouble de la personnalité avaient été pris en compte : il avait de ce fait été estimé que la capacité de travail de R.\_\_\_\_\_ au moment de l'évaluation pouvait être considérée comme totale, mais dans un poste de travail avec des tâches simples, comme manœuvre ou aide de cuisine par exemple, sans trop d'interactions sur le plan relationnel et où il dispose d'une large autonomie. En conclusion les constats principaux (retard mental léger, structure psychotique aux tests projectifs) de l'évaluation neuropsychologique avaient déjà été pris en compte dans les réponses aux questions de l'expertise. » Le SMR a pris position sur l'expertise précitée dans un avis du 20 janvier 2017, faisant siennes les conclusions des experts. Par projet de décision du 23 février 2017 adressé à Procap Suisse, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait l'octroi d'un quart de rente dès le 1 er décembre 2010, sous déduction des périodes où des indemnités journalières avaient été reçues. L'OAI a considéré que l'assuré présentait une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts (facilité d'accès aux lieux d'aisance et proximité de ces derniers, activité avec des tâches simples, sans trop d'interactions sur le plan relationnel et possibilité de travailler en autonomie). Fondé sur l'Enquête suisse de la structure des salaires 2010 (ESS ; TA1 ; niveau de compétence 1), il déterminé que le revenu sans atteinte à la santé de l'assuré était de 61'311 fr. 51 et celui avec atteinte à la santé de 36'786 fr. 91 (chiffres rapportés à une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 de 41,7 heures), soit une différence de 40 % ouvrant le droit à un quart de rend de l'assurance-invalidité dès le 1 er décembre 2010, soit une échéance de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations le 25 juin 2010. En outre, il ressortait du rapport final de la division de réadaptation de l'OAI (cf. rapport REA du 23 février 2017) que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles ne pourraient pas réduire le préjudice économique, les activités envisagées pour l'assuré sur le marché libre ne nécessitant pas de formation certifiante. Le 29 mars 2017, l'assuré, assisté de Procap Suisse, a contesté le projet de décision susmentionné. Il a fait grief aux experts de ne pas avoir répondu aux questions supplémentaires qu'il leur avait soumis, de ne pas s'être prononcé sur les raisons qui les ont amenés à nier le retard mental, les troubles psychotiques, ainsi que les troubles cognitifs, et de ne pas avoir pris la mesure de l'examen neuropsychologique qui leur avait été soumis. Il a critiqué l'absence d'abattement au motif que l'OAI ne se serait

pas penché sur l'exigibilité du point de vue des concessions que devraient consentir un employeur au regard des limitations fonctionnelles retenues par les experts. L'assuré a produit en annexe à sa contestation un rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ daté du 29 mars 2017 dont on extrait ce qui suit : « En premier lieu, il faut dire que les troubles psychiques dont souffre R. \_\_\_\_\_ sont difficiles à cerner, en partie par leur nature mais aussi par les difficultés de communication (lusophone), et du manque d'informations précises sur la période de son enfance (psychose infantile ?, retard mental ?, illettrisme). Comme décrit ci-dessus, j'ai constaté la présence des difficultés de compréhension chez R. \_\_\_\_\_ avec une utilisation de convictions fausses de la pensée proches du délire (à thèmes de persécution), une représentation fautive de l'image de son corps et de son fonctionnement qui restent réfractaires à l'argumentation logique. Il a un comportement qui semble influencé par ses troubles. Il attribue de façon erronée à certains de ses organes des fonctions qu'ils n'ont pas et ne change pas d'avis quand on lui présente des arguments documentés pour prouver qu'il a tort. Il se sent victime des médecins qui lui ont fait du tort, provoquant des dysfonctionnements dans son corps qui sont irréels. J'ai émis mes réserves quant à savoir si les troubles intellectuels (QI estimé à 63) sont à la base de ses troubles de sa pensée ou si une autre cause liée à son enfance peut les expliquer. Dans le contexte de son traitement, et pour clarifier ses diagnostics, j'ai demandé un examen psychologique au Centre de psychiatrie et psychothérapie J. \_\_\_\_\_ du 7 décembre 2015 au 4 janvier 2016. Les résultats suggèrent la présence « d'une structure de type déficitaire, marquée par des troubles archaïques de la construction de la pensée, du langage et de l'intégrité corporelle. La production est caractérisée par la pauvreté des liens de la pensée et la perplexité, ainsi que par la présence de traits infantiles. Les angoisses de morcellement et de persécution sont au premier plan et le système défensif est organisé autour du déni et du raccrochage à la réalité. Le niveau investigué par la WAIS-IV montre un retard mental léger (QI de 63). Le tableau est compatible avec l'hypothèse d'une évolution liée à des séquelles de psychose infantile. En outre des signes de syndrome psycho-organique ont pu être décelés. J'ai encore sollicité un examen neuropsychologique au Centre de psychiatrie et psychothérapie J. \_\_\_\_\_ dont le résultat a montré : - Un déficit modéré à sévère en mémoire épisodique antérograde verbale et non verbale associé à des faibles performances en mémoire à court terme ; - Des difficultés attentionnelles - Un fléchissement exécutif - Des performances faibles en dénomination d'image ainsi qu'en résolution des calculs à l'oral. Or, l'expert n'a pas retenu mon diagnostic de schizophrénie résiduelle et a utilisé comme argument qu'il n'a pas été mis en évidence que R. \_\_\_\_\_ ait passé antérieurement par une phase aiguë de la maladie schizophrénique avec la présence de symptômes positifs. De plus, il a cité les critères diagnostiques de la CIM-10 pour ce diagnostic et considère qu'ils sont absents chez ce patient. L'expert a raison quand il dit à la page 27 que « le malade présente une expressivité des émotions accentuée et incontrôlée », ce qui va à la rencontre du diagnostic de schizophrénie résiduelle où sont présents un affect émoussé, une apathie, un manque d'initiative, une pauvreté du discours et un comportement excentrique. Cependant il ne valorise aucunement les résultats des tests antérieurs qui suggèrent une séquelle de psychose infantile et un retard mental léger avec des troubles cognitifs importants. Le fait que l'expert n'a pas cherché à vérifier par des tests objectifs adaptés à confirmer sa proposition diagnostique, et/ou à contredire mes propositions de départ, limitent la portée de sa proposition diagnostique et de son évaluation de l'incapacité psychique du malade. Je peux donc accepter de revoir mon diagnostic de schizophrénie résiduelle. Mais, étant donné les résultats des examens présentés, et de son évolution clinique, je ne peux pas renoncer à

considérer que le malade s'inscrit beaucoup plus dans le registre d'une psychose que celui d'un trouble de la personnalité. Toute la difficulté est de savoir laquelle. L'ancienne dépendance à l'alcool est en rémission depuis des années mais il est possible qu'elle ait joué un rôle d'aggravation des troubles intellectuels ou même dans la symptomatologie psychotique, ce qui est très difficile à prouver maintenant. L'examen psychologique parle en faveur de séquelles d'une possible Psychose infantile. Les difficultés scolaires du malade (il a suivi quatre ans complets d'études, il a redoublé certaines de ces quatre années et il est toujours Incapable d'écrire. En mentionne la présence d'une dyslexie quand il était jeune enfant). Dans ce cas les meilleurs diagnostics à retenir sont : - Trouble envahissant du développement (séquelle de psychose infantile) (CIM-10 : F 84) - Retard mental léger, avec troubles du comportement significatifs, nécessitant une surveillance ou un traitement (CIM-10 : F70.1) Comme diagnostic différentiel, vu les symptômes psychotiques et du contenu de la pensée à thème de persécution, je peux proposer : - Trouble délirant (CIM-10 : F22.0) - Retard mental léger, avec troubles du comportement significatifs, nécessitant une surveillance ou un traitement (CIM-10 : F70.1) Ce qu'il faut démontrer à tout prix c'est l'atteinte de ses troubles psychiques sur son fonctionnement, déterminer un pronostic et estimer son taux d'incapacité. Pour cela je propose de soumettre R. \_\_\_\_\_ à une évaluation en ergothérapie. Cette évaluation ira prendre plusieurs semaines, voire quelques mois. C'est avec ce rapport que je serais en mesure d'apporter les arguments pour faire opposition à la proposition à la décision de l'AI. Il faudra négocier avec l'AI un délai (minimum trois mois) pour que je puisse produire cette évaluation. En cas de refus, étant donné que le délai pour faire opposition est dépassé, il faudra alors orienter le malade à faire une nouvelle demande de prestations à l'AI dans six mois. » Par décision du 22 juin 2017 adressée à Procap Suisse et motivation séparée du 13 juin 2017, l'OAI a confirmé son projet du 23 février 2017. En substance, il a considéré que le rapport du 29 mars 2017 du Dr G. \_\_\_\_\_ ne faisait état d'aucun élément nouveau ou modification de l'état de santé de l'assuré, mais qu'il s'agissait d'une appréciation différente du même état de fait médical. Il a estimé que les experts s'étaient déterminés de manière complète sur le cas. S'agissant du revenu d'invalidité, l'OAI a estimé que les limitations fonctionnelles de l'assuré ne justifiaient pas de procéder à un abattement, dans la mesure où le salaire statistique sur lequel le revenu d'invalidité a été basé correspond à des activités non qualifiées simples et répétitives compatibles avec les limitations fonctionnelles exposées par les experts. C. Par acte du 24 août 2017, R. \_\_\_\_\_, représentée par Me Séverin Tissot-Daguette (Procap Suisse), a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, principalement à ce que l'OAI doive verser à l'assuré une rente supérieure à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 et cas échéant à ce que la Cour ordonne toute mesure d'instruction utile, et, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, notamment sur le plan médical, et nouvelle décision au sens des considérants. Il a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice et, par conséquent, d'être dispensé d'avance de frais. Il a contesté les conclusions de l'expertise médicale pluridisciplinaire du Centre O. \_\_\_\_\_, déniait toute valeur probante au rapport et à son complément. Il a soutenu que les experts ne s'étaient pas prononcés clairement sur le retard mental relevé dans le rapport d'évaluation neuropsychologique du 11 août 2016. Se référant à l'avis de son psychiatre traitant, le Dr G. \_\_\_\_\_, l'assuré a critiqué les diagnostics retenus par les experts. Il a considéré qu'il aurait fallu retenir un trouble psychotique plutôt qu'un trouble de la personnalité, ainsi qu'un trouble envahissant

du développement ou un trouble délirant comme diagnostic différentiel. Il s'est essentiellement référé sur ce point au rapport du 9 septembre 2016 du son psychiatre traitant. L'intéressé a critiqué les exemples d'activités adaptées à ses limitations fonctionnelles, telles qu'illustrées par les experts. Subsidiairement, l'assuré a fait grief à l'OAI de n'avoir retenu aucun abattement sur le salaire statistique d'invalidé, alors qu'au vu des circonstances du cas d'espèce et notamment de la difficulté à organiser un emploi à temps partiel par heure, une déduction d'au moins 10 % se justifierait. Par décision du 28 août 2017, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 août 2017 dans la mesure d'une exonération d'avance, des frais judiciaires et de toute franchise mensuelle. Dans sa réponse du 28 septembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse, exposant avoir retenu une capacité de travail de 60 % depuis 2010 dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles suite à l'expertise médicale pluridisciplinaire du Centre O. \_\_\_\_\_ et chiffré le préjudice économique lié à l'atteinte à la santé à 40 % en se référant à une activité simple du secteur privé et au niveau de compétence « 1 ». Il a pour le surplus renvoyé à l'avis du SMR du 13 avril 2017. L'assuré a répliqué le 20 novembre 2017, suggéré la mise en œuvre une expertise judiciaire « neutre », arguant que les experts n'avaient pas assez pris en compte la sévérité de l'atteinte psychique. Il a maintenu ses conclusions. Il a en outre produit un rapport du 31 octobre 2017 du Dr G. \_\_\_\_\_ dont on extrait ce qui suit : « Suite à mon courrier du 29 mars 2017, l'évolution de l'état de santé de R. \_\_\_\_\_ est restée inchangée. Je confirme mon diagnostic de : - Trouble envahissant du développement (séquelles de psychose infantile) (CIM-10 : F 84) - Retard mental léger, avec troubles du comportement significatifs, nécessitant une surveillance ou un traitement (CIM-10 : F70.1). Ces troubles s'ajoutent aux difficultés somatiques importantes et incapacitantes qui sont attestées par mes collègues d'autres spécialités qui suivent R. \_\_\_\_\_. Les troubles psychiques de R. \_\_\_\_\_ comportent une atteinte dans son fonctionnement global évalué actuellement par l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) avec un résultat de 55 points qui correspond à la présence de symptômes d'intensité moyenne, entraînant des difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social et/ou dans l'autonomie. J'estime que les experts de l'Office AI n'ont pas assez tenu compte de la sévérité de son atteinte mentale et psychique et je propose dès lors qu'une expertise psychiatrique neutre soit effectuée pour aider le Tribunal à prendre sa décision. » L'OAI a dupliqué le 11 décembre 2017, maintenant sa conclusion en rejet. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur la quotité de la rente de l'assurance-invalidité octroyée au recourant par décision du 22 juin 2017. 3. 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 (1<sup>e</sup> phrase). 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 (2<sup>e</sup> phrase). b) 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA cf. consid. 6 ci-dessous).

4. a) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, si les circonstances dont dépendait leur octroi changent notablement (art. 17 al. 2 LPGA). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5 et les références citées ; TF 8C\_339/2017 du 1<sup>er</sup> février 2018 consid. 3). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; TF 8C\_339/2017 précité consid. 3). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; TF 8C\_339/2017 précité consid. 3). b) En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée le 25 juin 2010. Par décision du 22 juin 2017, il a octroyé à l'assuré un quart de rente de l'assurance-invalidité. Il convient dès lors d'examiner si c'est à bon droit que l'intimé a limité ses prestations à un quart de rente.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles

activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4). b) aa) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.1). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de 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 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 et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). c) aa) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al.2, 2<sup>e</sup> phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c in fine ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). La jurisprudence prévoit que ce principe peut souffrir des exceptions, en particulier lorsque les conséquences du trouble sont mises en évidence de façon convaincante et motivée sur le plan médical, alors qu'une expertise complémentaire sur le plan psychiatrique ne changerait rien aux constatations médicales (TF 9C\_422/2016 consid. 5.2). La jurisprudence admet aussi qu'un neurologue puisse poser un diagnostic psychiatrique relatif à des troubles psychosomatiques (TF 9C\_558/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2.2 ; 9C\_422/2016 du 23 janvier 2017 consid. 5.3.1 ; 9C\_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.2), il n'en demeure pas moins que le trouble doit être rendu vraisemblable. bb) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette

jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). cc) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2). dd) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité

professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). d) aa) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Il peut recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits (art. 44 al. 1 LPGA). En droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents (ATF 122 V 157 consid. 1b). Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure (ATF 137 V 210 consid. 2.1.3 ; TF 9F\_5/2018 du 16 août 2018 consid. 2). bb) Aux termes de l'art. 72 bis RAI (Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201), les expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention (al. 1). L'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (al. 2). Dans un premier temps, l'OAI communique le type d'expertise qu'il entend mettre en œuvre, les disciplines médicales prévues ainsi que le catalogue des questions qu'il entend soumettre aux experts. L'assuré peut soulever des objections contre l'expertise et les disciplines médicales prévues et présenter des questions supplémentaires. Le mandat d'expertise est ensuite déposé sur la plateforme informatique SuisseMED@P, laquelle procède à l'attribution du mandat d'expertise pluridisciplinaire à l'un des centres d'expertises médicales agréés par l'OFAS selon le principe de l'assignation aléatoire. Une fois le mandat attribué par SuisseMED@P, l'OAI communique à l'assuré le nom du centre chargé de l'expertise et l'identité des experts. L'assuré peut à nouveau formuler des objections de nature formelle ou matérielle à l'égard de l'un ou des expert(s) désigné(s) (Jacques Olivier Piguet, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, n. 28 ad art. 44 LPGA). L'assuré peut soulever des objections de nature formelle ou matérielle contre la mise en œuvre d'une expertise. Les motifs formels sont ceux prévus par la loi, tels que déduits des art. 36 al. 1 LPGA, 10 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) ou 34 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), applicables en procédure administrative fédérale, ainsi qu'en droit des assurances sociales. Il s'agit notamment d'un intérêt personnel de l'expert dans l'affaire, du fait pour l'expert d'avoir agi dans la cause à un autre titre (membre d'une autorité, conseil d'une partie, expert ou témoin), du fait d'être parent, dans un rapport d'amitié/d'inimitié particulier, etc. (cf. TF 8C\_146/2016 du 9 août 2016 consid. 2.2). Les motifs de nature matérielle ne mettent en revanche pas directement en cause l'impartialité de l'expert, mais portent plutôt sur la qualité du rapport que celui-ci

pourrait être amené à rendre, sur la valeur probante que ce rapport pourrait revêtir, compte tenu notamment du domaine de spécialisation de l'expert et de ses compétences, ainsi que sur le risque pour l'expertise d'être réalisée de manière lacunaire ou dans un autre sens que celui visé par la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 8C\_678/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.3.1 ; 9C\_893/2009 du 22 décembre 2009 consid. 2.3.1). Il convient de relever que dans tous les cas, l'assuré doit immédiatement faire part de ses objections sans attendre de saisir le juge d'un recours au fond pour critiquer la neutralité des experts (TF 2C\_1216/2013 du 27 mai 2014 consid. 6.4 ; 9C\_643/2007 du 16 juin 2008 consid. 2.2).

5. a) Produisant un rapport de son psychiatre traitant du 31 octobre 2017, le recourant a critiqué la neutralité de l'expertise du Centre O. \_\_\_\_\_ dans sa réplique du 20 novembre 2017. Or, par communication du 23 mars 2016, l'OAI avait dûment communiqué à l'intéressé le nom des experts l'invitant à faire valoir un éventuel motif de récusation, ce qu'il n'a pas fait, se contentant de poser des questions (cf. courrier de PROCAP du 31 mars 2016). Les experts ont ensuite rendu leur rapport le 22 septembre 2016 et un complément le 7 décembre 2016, toujours sans susciter de critiques quant à la neutralité de ceux-ci. Une réaction au stade du recours est ainsi tardive et inopérante. Au demeurant, le fait que l'appréciation des experts divergent de celle du psychiatre traitant n'est pas propre à remettre en cause la neutralité des premiers dont on rappelle qu'ils ont été choisis de manière aléatoire via la plateforme SuisseMED@P conformément à l'art. 72 bis RAI (cf. communications de l'OAI des 1<sup>er</sup> septembre 2014, 31 mars 2015, 23 mars, 11 octobre 2016). Au surplus, le grief n'est ni motivé ni étayé. La neutralité de l'expertise et de ses auteurs échappe ainsi à toute critique, reste à en examiner le caractère probant.

b) Sur le plan somatique, le recourant n'a pas critiqué le diagnostic invalidant de maladie de Crohn iléale et les conclusions des experts quant à son influence sur la capacité de travail, limitée à 60 % pour une exigibilité horaire de cinq à six heures par jour dès 2010, posés dans le rapport d'expertise du 22 septembre 2016 et précisés dans le complément d'expertise du 7 décembre 2016. S'agissant du rendement, qualifié de fluctuant en fonction des poussées de la maladie de Crohn, les experts ont retenu que le recourant pouvait travailler cinq à six heures par jour en raison de son atteinte gastroentérologique et à un taux « d'au moins 60 % », soit le plancher de leur estimation de cinq heures par jour. Par conséquent, l'impact des poussées de la maladie de Crohn a été pris en compte de manière adéquate. Il n'y a pas lieu de remettre en cause l'aspect somatique de l'expertise.

c) aa) Sur le plan psychique, le recourant a fait valoir que dans le rapport d'expertise complémentaire du 7 décembre 2016, les experts auraient omis de répondre à ses questions bien que dûment invité à le faire par l'intimé. De plus, ils n'auraient pas davantage répondu clairement aux questions du SMR sur les points relatifs au retard mental tels que relevés dans le rapport d'évaluation neuropsychologique du 11 août 2016, se contentant de renvoyer au rapport principal du 22 septembre 2016. Or, dans celui-ci, les experts ont mentionné que l'intelligence semblait limitée dans le status psychique (p. 22) et qu'elle était peut-être limitée (p. 29). Aux yeux de l'assuré, cet aspect n'apparaîtrait qu'à deux reprises, sans plus ample développement, les experts tendant plutôt selon lui à penser que l'intelligence limitée ne constituait qu'une hypothèse sans retenir de retard mental qui dénoterait un degré différent et plus significatif en matière de limitation intellectuelle. Partant, les experts ne démontreraient pas pour quelles raisons objectives un retard mental devrait être écarté. Toujours selon le recourant, contrairement à son psychiatre traitant qui se basait pour sa part sur un examen approfondi, les experts se seraient fondés sur leurs impressions lors de l'entretien clinique pour aboutir à ce raisonnement. Le recourant ne peut pas être suivi.

Contrairement à ce qu'il évoque, la question de l'intelligence limite ou du retard mental est bien documentée dans l'expertise, notamment dans le status clinique et l'appréciation (pp. 22, 27, 28) et confrontée aux observations du psychiatre traitant (pp. 26-27). En outre, si les experts n'ont eu connaissance du second rapport d'évaluation neuropsychologique réalisé au Centre de psychiatrie et psychothérapie J. \_\_\_\_\_ aux mois de mai et juin 2016 que dans le cadre du complément, ils avaient connaissance du premier rapport d'évaluation neuropsychologique du 18 février 2016 réalisé auprès du même cabinet qui relevait déjà un retard mental léger (p. 24) et qui est annexé au rapport d'expertise. Si les experts n'ont effectivement pas répondu à toutes les questions complémentaires, il n'en résulte aucune conséquence sur l'instruction médicale du dossier qui est complète. S'agissant de la question de l'impact de l'intelligence limite de l'assuré sur sa capacité de travail, celle-ci a été prise en compte par les experts qui ont pris connaissance du rapport d'évaluation neuropsychologique réalisé au Centre de psychiatrie et psychothérapie J. \_\_\_\_\_ aux mois de mai et juin 2016 dans le cadre du complément d'expertise. En effet, les experts ont exposés que les activités exigibles du recourant étaient celles qui ne nécessitaient que des tâches simples, dans un poste sans trop d'interactions relationnelles et où il disposerait d'une large autonomie. Les limitations des ressources intellectuelles du recourant ont ainsi été prises en compte. Au demeurant, cette atteinte n'a pas empêché le recourant d'exercer une activité lucrative à un taux d'activité de 100 % durant plusieurs années. Ce moyen doit être écarté. bb) Le recourant a contesté les diagnostics psychiatriques retenus par les experts et leurs conséquences sur la capacité de travail. Dans son rapport du 28 mars 2017, le Dr G. \_\_\_\_\_ a estimé que les éléments cliniques et les résultats des examens tendaient à montrer les signes d'un trouble psychotique plutôt qu'un trouble de la personnalité et évoquait un trouble envahissant du développement ou un trouble délirant comme diagnostic différentiel. Il a toutefois renoncé à se prononcer sur la capacité de travail proposant une évaluation ergothérapeutique. Dans leur rapport du 22 septembre 2016, les experts ont toutefois dûment motivé les diagnostics et les raisons pour lesquelles ceux-ci ne se révélaient pas incapacitants, ainsi que celles pour lesquelles ils s'écartaient des autres appréciations médicales figurant au dossier au terme d'une analyse de lege artis. Ils ont notamment relevé qu'au moment de l'évaluation, le trouble de la personnalité de le recourant n'était pas décompensé et qu'il n'y avait pas de troubles comportementaux majeurs (absence de conduites impulsives ou autodommageables), ni d'atteinte à l'humeur (pp. 26-27). Les experts ont précisé dans leur complément du 7 décembre 2016, que le trouble de la personnalité présenté par l'expertisé, caractérisé par son instabilité, n'a été source d'incapacité de travail que de manière provisoire, en phase de décompensation, et que l'origine de l'incapacité de travail durable de l'assuré est bien somatique (p. 28). De surcroît, il ressort de l'anamnèse et de l'historique médical (cf. notamment pp. 25 et 29) dressé par les experts, ainsi que de l'extrait du compte individuel AVS, que les troubles psychiques présentés par l'assuré, présents depuis l'adolescence selon les experts, ne l'ont pas empêché de déployer une activité professionnelle auprès de différents employeurs et sans interruption notable durant plus de vingt ans. cc) Le recourant a également critiqué le rapport du Centre O. \_\_\_\_\_, arguant qu'il serait succinct quant aux troubles cognitifs. Les experts auraient exclu à tort une atteinte significative du fonctionnement cognitif du fait que la capacité de jugement ou de s'organiser semblait conservée (p. 29). Selon le recourant, les troubles mis en évidence par l'examen neuropsychologique ne portaient pas uniquement sur la capacité de jugement ou d'organisation en lien avec les fonctions exécutives, mais aussi sur l'attention, la mémoire, le langage et les capacités de calcul. Dans

son rapport du 22 septembre 2016 et du point de vue des indicateurs jurisprudentiels, l'expert-psychiatre du Centre O. \_\_\_\_\_ a considéré le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline comme une atteinte psychique significative, difficile à traiter et alternant entre période de stabilité et de crises. L'examen clinique psychiatrique a toutefois montré que le recourant était globalement orienté dans le temps et dans l'espace et qu'il arrivait à relativement bien maintenir son focus d'attention. S'agissant du langage, s'il est certes qualifié de pauvre et très factuel, la maîtrise du français est assez bonne aussi bien dans la compréhension que dans l'expression et le discours reste organisé (p. 22) : il ne s'agit pas d'une limitation incapacitante dans le cadre de l'activité exigible. Dans son rapport du 20 juillet 2010, la Dresse K. \_\_\_\_\_ avait aussi qualifié la vigilance et l'attention du recourant de bonnes, sans relever de trouble de l'orientation temporo-spatiale. Elle avait relevé un discours cohérent avec une intonation congruente aux propos, identifiant un discours parfois simpliste, qui traduisait à son sens une certaine limitation de ses capacités intellectuelles (p. 9). Les examens neuropsychologiques effectués au Centre de psychiatrie et psychothérapie J. \_\_\_\_\_ ne divergent pas fondamentalement de l'état de santé du patient tel que présenté par les experts du Centre O. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 22 septembre 2016, mais aussi dans le rapport du 20 juillet 2010 de la Dresse K. \_\_\_\_\_, dits rapports montrant une situation en somme toute stable. L'analyse cognitive menée au Centre de psychiatrie et psychothérapie J. \_\_\_\_\_ a montré des fonctions en règle générale conservées (orientation spatio-temporelle, praxies, gnosies visuelles, certaines fonctions exécutives [inhibition, programmation], alerte), de sorte que le recourant ne démontre pas qu'il soit incapable de prendre un emploi avec des tâches simples. Sur ce point, son psychiatre traitant, le Dr G. \_\_\_\_\_, n'explicite pas sa prise de position quant à une incapacité de travail dans son rapport du 9 septembre 2016. Or, les limitations cognitives ont été étudiées par les experts qui ont pu prendre position sur le second rapport d'examen neuropsychologique dans le complément sans modifier leurs conclusions. Les éléments mis en lumière montrent ainsi que les troubles cognitifs doivent être relativisés au regard de l'activité adaptée exigible du recourant, ce qui constitue aussi l'indicateur d'une capacité de travail sous l'angle psychique. Il en va de même du niveau peu satisfaisant de contrôle des affects et pulsions du recourant qui été pris en compte dans le cadre de la définition de ses limitations fonctionnelles dès lors que les experts ont préconisé une activité avec peu d'interaction sociale. Dans ces circonstances, une évaluation en ergothérapie est superflue puisque les limitations fonctionnelles du recourant ont été établies et correspondent à une palette large de tâches simples. Les exemples d'activités proposés par les experts résistent à la critique dans la mesure où il s'agit de tâches d'exécutants dans lesquelles les interactions professionnelles sont limitées, étant rappelé que les experts n'ont pas postulé que le recourant était incapable de gérer des relations professionnelles. Les comorbidités psychiatriques (alcool, jeux) ont été prises en compte par les experts qui relèvent qu'elles ne sont plus d'actualité. Sur le plan de la personnalité, il n'y a pas d'atteinte significative touchant le fonctionnement cognitif. Les capacités de jugement et d'organisation étaient en outre conservées au moment de l'examen au Centre O. \_\_\_\_\_. Le niveau éducatif et l'intelligence limite ont été pris en considération. S'agissant du niveau peu satisfaisant de contrôle des affects, des pulsions, et du risque non négligeable d'entrer rapidement en conflit, il en a été tenu compte au niveau des limitations fonctionnelles. Les experts ont décrit les activités quotidiennes du recourant dans leur anamnèse (pp. 18-20). La limitation des interactions professionnelles est cohérente avec les relations compliquées que le

recourant entretient avec les tiers dans sa vie quotidienne (relations compliquées avec la fratrie et méfiance). En revanche, les experts ont relevé que l'intéressé parvenait à faire face aux exigences de la vie quotidienne (p. 28), de sorte qu'il existe de ce point de vue une limitation hétérogène entre les manifestations des symptômes dans la vie quotidienne et dans la vie professionnelle. Cette dichotomie révèle un indicateur d'incohérence entre les plaintes exprimées par le recourant au niveau professionnel et les capacités de réaliser les tâches quotidiennes. Par conséquent, le Centre O. \_\_\_\_\_ a établi – au degré de la vraisemblance prépondérante et à l'aune des indicateurs jurisprudentiels – que le recourant disposait des ressources suffisantes en vue de fournir l'effort raisonnablement exigible de sa part et que sa capacité de travail sur le plan psychique était entière moyennant le respect des limitations fonctionnelles posées. Ce moyen doit aussi être écarté. dd) Dans ses rapports des 29 mars et 31 octobre 2017, le Dr G. \_\_\_\_\_, il ne fait état d'aucun élément nouveau ou modification de l'état de santé de l'assuré. Il s'agit ainsi d'une appréciation médicale différente d'un même état de fait ■ en particulier quant aux diagnostics retenus ■ qui ne saurait remettre en question les conclusions de l'expertise du Centre O. \_\_\_\_\_. Ce médecin ne se prononce d'ailleurs pas sur la capacité de travail de l'assuré, se contentant de proposer une évaluation en ergothérapie pour ce faire. Cette mesure est superflue dès lors que, tant le panel d'activités adaptées exigibles du recourant, que les compétences motrices, sensorielles, psychologiques et cognitives, ont été examinées et analysées par les experts du Centre O. \_\_\_\_\_. Dit rapport n'apportant ainsi rien de nouveau, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles retenues sur le plan psychique doivent être confirmées. d) Aux yeux de la Cour de céans, l'expertise pluridisciplinaire du Centre O. \_\_\_\_\_ revêt en définitive une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, puisque les points litigieux que sont l'influence des différentes atteintes que présente l'assuré sur sa capacité de travail ainsi que l'évaluation de celle-ci y ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport s'est fondé sur des examens complets de l'intéressé dans chaque discipline, qu'il a dûment pris en considération les plaintes exprimées et qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical. Les conclusions des experts sont par ailleurs claires, exemptes de contradictions et motivées. Elles sont conformes aux exigences jurisprudentielles en la matière. Ainsi, il convient de se rallier aux conclusions des experts quant à la capacité de travail du recourant de 60 % (5-6 heures par jour, avec rendement fluctuant en fonction des poussées de la maladie de Crohn) permettant une activité avec des tâches simples, sans trop d'interactions sur le plan relationnel, où il dispose d'une large autonomie, avec facilité d'accès aux toilettes et proximité de ces dernières. 6. a) Il convient encore d'examiner le calcul du taux d'invalidité auquel a procédé l'intimé, qui est contesté par le recourant qui soutient que les tâches exemplifiées par les experts dans le complément du 7 décembre 2016 ne sont pas réalistes et qu'un abattement d'au moins 10 % aurait dû être retenue pour le revenu d'invalidité. b) aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28 a al. 1 LAI). bb) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par

l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, n. 25 et 33 ad art. 16). cc) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (ESS, TA1), tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222). dd) 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, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyens de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidité, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 % serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2). ee) De jurisprudence constante, les activités non qualifiées du domaine de la production et des services sont adaptées aux assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers (TF 9C\_458/2018 du 17 octobre 2018 consid. 4.1 ; 8C\_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6 ; 9C\_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 4.3). Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de

ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière si ce n'est une mise à jour initiale (ibidem). c) aa) En l'occurrence, le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI a arrêté le revenu de valide fixé à 61'311 fr. 51 en référence à l'Enquête suisse de la structure des salaires 2010 (ESS ; TA1 ; niveau de compétence 4) selon le rapport final de la division de réadaptation de l'OAI (cf. rapport REA du 23 février 2017). Le salaire de référence retenu par l'intimé correspond au niveau de qualification 4. L'OAI a ainsi estimé que ce revenu était celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, 4'901 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,7 heures [La Vie économique, tableau B 9.2]), l'intimé a arrêté le revenu mensuel à 5'109 fr. 29 (4'901 fr. x 41,7 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 61'311 fr. 51 pour une capacité de travail de 60 %, soit 36'786 fr. 91. Les experts ont exposé que l'assuré pourrait exercer une activité de manœuvre ou d'aide de cuisine. Il ne s'agit toutefois que d'exemples de l'avis même des experts (complément d'expertise le 7 décembre 2016). Selon leurs conclusions, l'autonomie est en lien avec les difficultés relationnelles qu'il pourrait rencontrer et la nécessité de limiter les interactions dans le cadre professionnel. En tout état de cause, les experts ont postulé que les interactions devaient être limitées, ce qui ne signifie toutefois pas que l'assuré soit à leur avis incapable d'interagir un minimum dans un contexte professionnel. Dans ce contexte, le fait de pouvoir travailler de manière autonome n'est pas incompatible avec une fonction d'exécutant, dans une activité simple et répétitive. Au demeurant, l'ESS (TA1) recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, de sorte que le grief du recourant doit être écarté. Le degré d'invalidité de 40 % (36'786 fr. 91 ÷ 61'311 fr. 51), vérifié d'office, ne prête ainsi pas flanc à la critique. Reste à examiner si un abattement supplémentaire est justifié comme le soutient le recourant. bb) Le recourant soutient qu'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité se justifie en plus de l'incapacité de travail de 40 % retenue par l'intimé pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles. Pourtant, les limitations fonctionnelles de l'assuré ne justifient pas de procéder à un tel abattement, dans la mesure où le salaire statistique sur lequel le revenu d'invalidité a été basé correspond à des activités non qualifiées simples et répétitives. Le recourant n'apporte toutefois aucun indice permettant de laisser penser qu'il ne pourra pas mettre en valeur sa capacité de travail de 60 % sur le marché du travail. Le fait de ne pas pouvoir travailler plus de 5-6 heures par jour n'est pas un obstacle à un taux d'activité de 60 % relativement élevé. Il en va de même des limitations fonctionnelles identifiées par les experts, étant rappelé que les activités non qualifiées du domaine de la production et des services de la table de l'Office fédéral de la statistique précitée recouvrent un large spectre d'activités dans lesquelles les interactions sociales sont limitées et les toilettes rapidement accessibles. La décision de l'intimé échappe ainsi à toute critique sur ce point. Au surplus, s'agissant d'un assuré de moins de cinquante ans au moment du prononcé de la décision (TF 9C\_482/2010 du 27 septembre 2010 consid. 4.2 ; 9C\_835/2009 du 27 mai 2010 consid. 4.2 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, commentaire thématique, 2011, n. 2117 p. 566), vivant en Suisse depuis 1992, y travaillant depuis lors, titulaire d'un permis C et parlant le français, aucun abattement supplémentaire n'est justifié. c) En

conséquence, le recourant a droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010, sous déduction des périodes où des indemnités journalières ont été reçues (art. 28 al. 1 et 2 et 29 al. 1 à 3 LAI), conformément à ce qui a été retenu par l'intimé. Vérifiés d'office et au demeurant non contestés, les calculs opérés par l'OAI quant au paiement du quart de rente s'avèrent corrects et peuvent donc être confirmés. 7. L'intimé a examiné l'opportunité de mesures d'ordre professionnel (art. 15 à 18d LAI) qui ne sont pas propres en l'espèce à réduire le préjudice économique dès lors qu'il a retenu que seules des activités simples et sérielles et des tâches d'exécutant à répétition sans trop d'interactions sur le plan relationnel étaient à la portée du recourant. Ce type d'emploi ne demandant pas de formation particulière (TFA I 138/04 du 20 janvier 2005 consid. 5.3), la décision est également bien fondée en tant qu'elle refuse à l'assuré des mesures d'ordre professionnelles. 8. a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). b) En l'occurrence, le dossier permet à la Cour de statuer en toute connaissance de cause dans un dossier bien documenté par une expertise convaincante (cf. en particulier consid. 5 ci-dessus), de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire, telle que requise par le recourant dans sa réplique du 20 novembre 2017. 9. a) Il découle de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 22 juin 2017 par l'OAI confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).