

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 février 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est séparé et père d'un enfant né en [...]. Ressortissant marocain sans formation, il est au bénéfice d'une autorisation de séjour de type C en Suisse où il s'est établi le 20 mars [...]. Il a occupé en dernier lieu, de mai 2007 à août 2009, un poste d'aide cuisinier/commis de cuisine à temps complet auprès du M._____. Il émarge de l'assistance sociale depuis 2012.

En arrêt de travail dès le 19 juillet 2016 pour cause de dépression, il a, par l'intermédiaire de son interlocuteur au Centre social régional (CSR) [...] - site de [...], déposé une demande de détection précoce pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 26 octobre 2017.

Dans un certificat du 27 octobre 2017, la Dre C._____, psychiatre, a attesté d'une incapacité de travail de l'assuré de 100 % du 1^{er} au 30 novembre 2017.

Au terme de la procédure de détection précoce (rapport initial du 27 novembre 2017), l'assuré a déposé le 29 novembre 2017 une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles/rente) auprès de l'OAI.

Dans un rapport du 19 mars 2018 adressé à l'OAI, la Dre C._____, suivant l'assuré depuis le 14 septembre 2017, a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent épisode moyen à sévère (F33.2 - 3 ; depuis l'enfance - adolescence) et de trouble mixte de la personnalité (borderline, impulsive, dépendante, sensitive) (I61 ; depuis l'adolescence). Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué une dépendance chronique à l'alcool (utilisation modérée) (F10.2 ; depuis environ deux ans) et un retard mental léger (F70). Les limitations fonctionnelles psychiques retenues par la psychiatre traitante étaient : un retard mental, une symptomatologie anxiodépressive avec

crises d'angoisse fortes avec peur de mourir devant les sensations de l'angoisse, parfois des idées suicidaires, une interprétativité persécutoire en relation avec autrui, un isolement, et une tendance à abuser de l'alcool et du cannabis. Elle a estimé que ces limitations fonctionnelles se manifestaient sur sa capacité de travail par un rendement bas pour certaines activités, voire nul, une possible mise en danger « si tâches trop complexes ou manipulation de machines compliquées en raison d'une compréhension limitée », un isolement, un absentéisme, des problèmes relationnels, une « grave décompensation sous surstimule ». Selon la psychiatre traitante, une activité adaptée était possible dès le 1^{er} avril 2018 ; une phase de reprise de deux heures par jour était recommandée avec une augmentation progressive jusqu'à 50 %, et plus par la suite selon l'évolution. En annexe à son rapport, la Dre C. _____ a joint :

- un rapport du 3 mars 2018 de la psychologue U. _____ faisant état d'un « déficit sur le plan de l'efficacité intellectuelle, avec un indice de raisonnement perceptif très faible (68) et un indice de vitesse de traitement lui aussi très faible (69) compatible avec un diagnostic psychiatrique de retard mental léger ». Cette intervenante n'était pas en mesure d'exclure une composante organique surajoutée chez l'assuré dont l'aménagement de personnalité pouvait être situé au niveau de la prépsychose ;

- un rapport du 14 mars 2018 du neurologue le Prof. P. _____ dont les tests réalisés lors d'un examen complet, avec une évaluation EEG [électroencéphalogramme] ainsi qu'un *mini mental status* permettaient d'écarter une polyneuropathie au vu de la consommation importante d'alcool de l'assuré, lequel était invité en priorité à diminuer l'usage du produit.

Dans un rapport du 31 mai 2018 à l'OAI, la Dre O. _____ exerçant au sein du G. _____ à [...] qui assurait le suivi de l'assuré a diagnostiqué une pathologie psychique - dépression incapacitante - depuis 2016. Les limitations fonctionnelles à prendre en considération étaient de nature psychique, morale et physique. Mentionnant une

capacité de travail de l'assuré de 100 % depuis 2001 à 2011 après des stages, sans autre indication, il était renvoyé auprès de la psychiatre traitante pour le point de savoir si une amélioration de la capacité de travail pouvait être attendue, ainsi que sur les dates et les taux précis des incapacités de travail attestées jusqu'alors.

Selon une fiche « examen passage REA par CERES » du 7 juin 2018, sur la base des indications du rapport du 19 mars 2018 de la psychiatre, un mandat auprès de la division réadaptation de l'OAI a été ouvert afin de déterminer si des mesures de réadaptation professionnelle ou d'autres procédés étaient justifiés dans le cas de l'assuré.

Aux termes d'un « complément d'informations médicales » du 23 juillet 2018, la Dre C. _____ a fait savoir à l'OAI que l'assuré était prêt pour débiter une mesure de réadaptation/formation professionnelle « directement à 50% sans passer par la phase de 2h/j ».

L'assuré a bénéficié de la prise en charge par l'OAI des frais liés à un entraînement progressif auprès de l'E. _____ à [...], du 1^{er} octobre au 31 décembre 2018. Le temps de présence était de 50 % avec augmentation de 10 % par mois et un objectif de présence stable de 70 % (communication du 26 septembre 2018).

Dans un certificat du 25 octobre 2018, la Dre C. _____ a attesté d'une incapacité de travail de l'assuré de 100 %, du 1^{er} novembre au 31 décembre 2018.

Selon le formulaire d'évaluation de la mesure « MR: Entraînement progressif (étape 2) » établi le 12 novembre 2018, l'assuré faisait des cauchemars toutes les nuits avec le diable, ne se reconnaissait plus dans sa façon d'agir et ne voyait pas de sens dans sa vie. Il percevait la mesure de coaching mise en œuvre comme un moyen de trouver un travail et devenir « comme tout le monde ». Il nécessitait de l'aide constante même s'il n'était pas demandeur. Les objectifs pour la suite de la mesure consistaient à travailler sur la communication interpersonnelle

non agressive et la confiance aux autres, à reprendre avec l'assuré le vousoiement, à trouver des stratégies pour qu'il puisse sortir plus de la maison dans l'optique de diminuer ses pensées négatives, de regarder avec lui une possible augmentation du taux d'activité, et de l'accompagner dans la diminution de ses siestes afin d'investiguer s'il arriverait à mieux dormir le soir.

Le 3 décembre 2018, l'assuré a augmenté son taux d'activité à 60 % (document « Partenaire - Note d'entretien » du 17 décembre 2018).

Dans un certificat du 7 décembre 2018 qui remplaçait celui du 22 novembre 2018, la Dre C. _____ a attesté d'une incapacité de travail de l'assuré de 50 %, du 1^{er} décembre 2018 au 31 janvier 2019. La psychiatre y précisait que le taux de travail de 50 % concernait une activité adaptée par le biais de l'assurance-invalidité.

Il ressort de l'évaluation de la mesure « MR : Entraînement progressif (étape 2) » pour le deuxième mois du 12 novembre au 31 décembre 2018, établi le 19 décembre 2018, que l'assuré nécessitait des tâches plus répétitives, qui ne demandaient pas de réflexion et qu'il se sentait très fatigué pendant les heures d'ateliers en raison de son manque de sommeil et des douleurs ressenties aux pieds et en bas du dos. Il avait des difficultés à se concentrer sur les tâches au magasin et avait besoin de courtes pauses de cinq minutes pour se ressourcer ; ce n'était que grâce aux pauses qu'il pouvait continuer son travail sans être trop irrité. Il avait des difficultés à exécuter les tâches confiées comme énoncé dans les consignes. Il nécessitait du temps pour se ressourcer. Il présentait également des difficultés à tenir une conversation en coaching, de même qu'à répondre de manière spontanée aux questions et parfois tendait à répondre de manière incohérente. Il avait des difficultés à vouvoyer les responsables d'atelier et les clients, acceptait plus facilement les remarques des hommes, adoptait une posture très directive et avait de plus tendance à facilement critiquer ses collègues femmes dans l'accomplissement de leurs tâches. Il ne se montrait pas proactif durant ses heures de travail au magasin, tout en tenant ses présences, et en

cuisine il montrait de l'investissement. Il aimait les tâches répétitives et dès qu'il ne comprenait pas la manière de procéder il s'irritait et faisait à sa façon. Il devenait facilement irrité dès que la responsable d'atelier ou une supérieure de sexe féminin lui demandait d'augmenter son rythme de travail ou lui faisait savoir qu'il avait des délais pour exécuter une certaine tâche. Il avait tendance à ne plus accorder sa confiance aux personnes qu'il trouvait méchantes ou dures avec lui. Sa santé psychique s'était également péjorée à cause de la fatigue ressentie ; il présentait un ressenti paranoïaque de plus en plus fréquent depuis deux semaines. De même depuis le début, il tendait à démontrer de l'ambivalence par rapport à la continuité de sa réinsertion ; son discours pouvait changer très rapidement au long d'une conversation.

La mesure d'entraînement progressif auprès de l'E. _____ à [...] a été prolongée par l'OAI jusqu'au 31 janvier 2019 (communication du 24 janvier 2019).

A teneur du rapport final (« REA – Rapport final » du 22 janvier 2019) l'appréciation suivante a été donnée :

“Résumé des mesures professionnelles mises en place et résultats :

Une mesure de réinsertion est mise en place chez E. _____ dès le 01.10.2018 à 50 %. Finalement nous constatons que l'assuré présente des difficultés importantes. En effet il montre des signes de fatigue, un rendement de 60%, il présente diverses douleurs somatiques justifiant des incapacités de travail, ainsi que des troubles de la concentration. De plus au bout de 4 mois de mesure, soit dans le courant du mois de janvier, l'assuré se trouve dans l'impossibilité d'augmenter le taux de présence ainsi que son rythme.

Nous constatons que l'assuré ne progresse pas durant la mesure et qu'il ne peut espérer, à ce jour, intégrer le premier marché du travail. Nous proposons l'interruption des mesures, la fermeture du mandat REA et la poursuite de l'instruction médicale.

Nous prenons comme RS [revenu sans invalidité] une activité non qualifiée à 100% selon l'ESS TA1 2016 : 64'080.

Le RI [revenu sans invalidité] sera à déterminer en fonction de l'exigibilité définie par la poursuite de l'instruction.”

Le formulaire d'évaluation de la mesure « MR : Entraînement progressif (étape 2) » pour le troisième mois du 19 décembre 2018 au 31

janvier 2019, établi le 18 janvier 2019, a montré l'absence de progression de la part de l'assuré sur la base des constats effectués durant la mesure de coaching mise en place.

Le bilan de « Mesure au sein de l'ESI : entraînement progressif » de l'E. _____ du 31 janvier 2019 se terminait comme suit :

“Conclusion

Monsieur n'est pas prêt à intégrer le premier marché de l'emploi étant donné sa fragilité psychique. Il devra continuer à travailler sur la gestion de ses problèmes personnels et éviter toute consommation d'alcool. Nous encourageons Monsieur à parler d'avantage de ses problèmes personnels avec la Doctoresse C. _____, mais également de ses douleurs physiques avec la Doctoresse B. _____.

De même, à continuer à travailler sur la gestion de ses émotions et pensées et à maîtriser son irritabilité lorsqu'il ressent de la fatigue. De plus, nous trouvons pertinent que Monsieur puisse se maintenir occupé afin d'éviter toute pensée négative.”

Dans un nouveau rapport du 11 février 2019 adressé à l'OAI, la Dre C. _____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré, même dans une activité adaptée, dès le 1^{er} février 2019 et pour une durée de six mois.

Le Dr H. _____, du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a été mandaté par l'intimé afin de se déterminer sur la situation de l'assuré. Dans son avis médical du 24 juin 2019, il a exposé que l'assuré présentait des atteintes à la santé psychique associées à une toxicomanie alcoolique et de cannabis, dans un contexte psycho-social défavorable dont il ne pouvait pas tenir compte dans le cadre de son instruction. Il estimait qu'il était nécessaire de déterminer si l'alcoolisme était primaire ou secondaire, et partant si son sevrage définitif pouvait améliorer les limitations fonctionnelles décrites, augmenter la capacité de travail et réduire le dommage. Une mesure expertale psychiatrique allait également être nécessaire pour fixer la capacité de travail, la date de début de l'incapacité de travail et l'évolution de la capacité de travail. Pour ce qui concernait les douleurs articulaires, en l'absence d'éléments

médicaux, il convenait de réinterroger le médecin traitant avant de demander une expertise.

Dans un rapport du 16 juillet 2020 adressé à l'OAI, la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et en psychiatrie, a émis les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de trouble de la personnalité type schizoïde (F60.1), de retard mental léger (F70) et de dépendance à l'alcool (« consomme épisodiquement » ; F10.26) et évalué la capacité de travail de l'assuré comme nulle dans toute activité depuis juillet 2019 (correspondant à la date de reprise du suivi après le décès de la Dre C._____). Elle a notamment fait part de son impression selon laquelle les diagnostics présentés empêchaient son patient d'envisager la récupération d'une activité sur le marché ouvert et ceci probablement à long terme. Selon la psychiatre, le traitement visait à stabiliser suffisamment les symptômes pour permettre à l'assuré de gérer sa vie quotidienne et d'être autonome, avec une qualité de vie raisonnable. Elle estimait qu'il pourrait tirer un énorme bénéfice d'une activité en atelier protégé qui lui apporterait une structure dans la semaine et une valorisation.

Aux termes d'un avis médical du 29 juillet 2020, le Dr H._____ a constaté la nécessité de mettre en œuvre une mesure expertale.

Dans un avis médical du 25 septembre 2020, le Dr H._____ a proposé une expertise pluridisciplinaire afin d'éclaircir le cas sur le plan médical.

L'OAI a, par l'intermédiaire de la plateforme SuisseMed@p, confié une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie) au centre d'expertises médicales N._____ SA de [...]. Dans leur rapport du 11 mars 2021, les Drs K._____, médecin praticien, I._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont retenu les diagnostics suivants :

“1.1.d.3 Diagnostiques d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail

1. Lombalgies basses sur probables troubles dégénératifs modérés
2. Cervicalgies d'origine probablement dégénérative mises en évidence par l'examen clinique

1.1.d.4 Diagnostiques d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. F10.24 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue
2. F34.1 Dysthymie
3. F70 Retard mental léger, possible
4. Fibromyalgie
5. Asthénie, sans substrat somatique interniste, depuis 2016
6. Troubles de l'attention, depuis ses 10 ans, sans substrat somatique interniste
7. Dyslipidémie, connue depuis 2011, traitée
8. Presbytie, depuis 2017
9. Ancienne consommation tabagique, sevrée depuis 2018
10. Obésité de classe 1, avec IMC [indice de masse corporelle] 31 kg/m²
11. Eczéma de contact aux gels hydro-alcooliques, depuis 2 ans
12. Status après ptérygion opéré, à l'œil gauche, en 2005 et après uvulo-palato-pharyngoplastie, en 2017, sans séquelle
13. Status après polypectomie bénigne au colon ascendant et après reflux gastro-oesophagien, aux coloscopies et gastroscopie, en 2017”

Les experts ont conclu de manière consensuelle à une capacité de travail de l'assuré rétrospective et actuelle de 100 % (« sauf lors des périodes transitoires d'hospitalisation et de convalescence ou des journées d'examens médicaux, pendant lesquelles la capacité de travail était de 0%, pour le ptérygion opéré, en 2005, pendant 2-3 jours, et après uvulo-palato-pharyngoplastie, en 2017, pendant 10 jours, et pour la gastroscopie et coloscopie, pendant 1 journée ») et ont noté ce qui suit :

“Du point de vue **psychiatrique**, les éléments de l'anamnèse, de l'examen clinique et l'exploitation des différents documents disponibles n'ont pas permis de poser un diagnostic psychiatrique incapacitant.

Le diagnostic de trouble dysthymique a été retenu, ainsi que celui de trouble du comportement lié à l'utilisation de l'alcool. Elle utilise actuellement la drogue.

Ce diagnostic ne rassemble pas les critères jurisprudentiels de gravité pour être incapacitant.

À noter que la personne assurée est peu compliant au traitement médicamenteux proposé, qu'elle a décrit des troubles psychotiques

manquant de cohérence et ne pouvant être retenus, troubles qui ne sont retrouvés dans aucun rapport psychiatrique ou médical.

Sur le plan **rhumatologique**, elle déclare avoir souffert d'un lumbago aigu après avoir soulevé une forte charge.

La consultation chez son médecin traitant a permis d'effectuer une radiographie et une prescription d'un traitement antalgique et anti-inflammatoire.

En ce jour d'expertise, la personne assurée prétend ne pas être gênée de manière significative par son dos.

Il convient de retenir un tableau d'obésité, avec dysbalance de la musculature lombo-abdomino-pelvienne et un important raccourcissement des chaînes postérieures qui favorisent la survenue de lombalgies communes. Il n'y a pas de radiculalgie irritative ni de symptomatologie incapacitante.

Du point de vue de la **médecine interne**, la personne assurée déclare ne pas avoir présenté de limitation au dernier poste de travail ni lors de la mesure. Elle rapporte une asthénie ancienne, liée aux insomnies, et des troubles de l'attention, sans substrat somatique interniste, et une consommation chronique de boissons alcoolisées, récemment sevrée selon ses dires, mais objectivement importante malgré le sevrage.

Au total, l'examen interniste du jour ne met en évidence que de très légers déficits sans limitation. Les diagnostics ne sont pas retenus comme incapacitants de manière permanente et durable."

D'un point de vue psychiatrique, la motivation des diagnostics retenus était la suivante (expertise, volet psychiatrique, pp. 44 - 45) :

"[...] La description des troubles hallucinatoires, de survenue identique depuis l'âge de 10-12 ans, leur durée de quelques secondes, l'absence de ces hallucinations durant la journée, tous ces éléments à côté du fait qu'il ne soit retrouvé aucune description de ces troubles dans les différents rapports psychiatriques et qui, de plus, n'ont jamais été un obstacle à une activité professionnelle pendant plusieurs années, tous ces éléments font que ces troubles, d'un point de vue clinique, ne sont pas crédibles.

La personne assurée gère toutes les tâches ménagères toute seule. Elle fait une marche d'au moins 1h par jour, suit les actualités, regardant régulièrement le téléjournal, écoute la radio est passionnée par la musique des années 80 et 90, ainsi que la chanson andalouse et arabe. Elle regarde et s'intéresse à tous les programmes de télé et a sur Netflix, des séries, des films d'actions, des films d'amour.

Elle ne signale aucune limitation fonctionnelle strictement psychiatrique par rapport à toutes ses activités quotidiennes et de loisirs et de divertissements.

Elle se déplace seule sans difficulté.

Par ailleurs, les doses de Brintellix chez une personne assurée qui se plaint d'être constamment déprimée et angoissée sont nettement en-dessous du taux attendu pour la dose et en-dessous de l'intervalle thérapeutique recommandé.

La personne assurée se plaint de difficultés de sommeil, alors que le Zoldorme, somnifère prescrit depuis de longues années, n'est pas détecté dans le sang et que la Quétiapine est prescrite à des doses sédatives depuis plusieurs années.

Il n'est donc pas retrouvé de trouble psychiatrique incapacitant, que ce soit de nature psychotique ou que ce soit de nature thymique.

La personne assurée se plaint d'une dépendance à l'alcool, mais qu'elle signale avoir nettement réduit.

Le dernier rapport psychiatrique de juillet 2020 de la Dresse L._____ signale que la personne assurée consomme épisodiquement de l'alcool.

Le dosage de PEth retrouve des taux compatibles avec une consommation importante.

La Dresse L._____ décrit un état psychique fluctuant, avec des phases de recrudescence de symptômes dépressifs et d'angoisse, avec des phases non asymptomatiques, sans être complètement asymptomatiques.

Elle explique qu'elle peut s'occuper d'elle-même adéquatement, ces troubles de sévérité variables n'impactant pas les activités de la vie quotidienne, de loisirs et de divertissements chez une personne assurée qui n'a jamais été hospitalisée, dont la compliance au traitement est médiocre, ces variations de l'humeur alternant des périodes d'humeur relativement normales et d'autres de dépression légère, avec des périodes de quelques jours ou quelques semaines pendant lesquelles la personne assurée se sent bien. Cependant, la plupart du temps, elle se sent fatiguée et déprimée, rumine et se plaint. Elle signale mal dormir et perd confiance en elle-même. Ces troubles permettent de retenir le diagnostic non incapacitant de dysthymie, car n'ayant pas la sévérité ou la durée nécessaire pour poser le diagnostic d'un épisode dépressif même léger.

Un rapport psychologique de Mme U._____ à la Dresse C._____ parle d'un retard mental léger.

Un rapport neurologique du Dr P._____ la même année évoque le retard mental léger et rapporte un examen dans les normes sur le plan neurocognitif, ce diagnostic n'étant pas incapacitant, mais n'a pas été un obstacle à une activité professionnelle pendant 2 ans au Maroc et pendant 10 années en Suisse sur le marché libre.

Il n'a pas été jugé nécessaire de recourir à un examen neuropsychologique pour le confirmer."

A l'examen de médecine interne, le Dr K._____ a réalisé un test et réfuté ainsi une atteinte neurocognitive chez l'assuré. Ses constatations lors du test étaient les suivantes (expertise, volet de médecine interne, p. 24) :

"Un test MoCA (Montreal Cognitive Assesement) est réalisé à 15h45 (soit au bout de 1h45) sous traitement habituel. Elle peut tenir le stylo pendant le test et écrire, de la main droite, sans particularité.

Le résultat total est de 25,5 sur un maximum de 30 : soit l'absence d'atteinte neurocognitive (selon Nasreddine, 2019), le seuil d'une atteinte légère est inférieur à 25."

Le SMR (rapport du 9 avril 2021 du Dr H. _____), faisant siennes les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire précité, n'a pas retenu d'atteinte principale à la santé. Les facteurs/diagnostics associés, ne relevant pas du ressort de l'assurance-invalidité, étaient une asthénie, une dyslipidémie, une obésité, une polypectomie bénigne du colon, un syndrome de dépendance à l'alcool, une dysthymie, un retard mental léger, des lombalgies basses et des cervicalgies d'origines dégénératives, et une fibromyalgie. Dans ce contexte, la capacité de travail de l'assuré a été appréciée comme étant entière dans toute activité depuis toujours. Il n'y avait pas d'atteinte à la santé entraînant des limitations fonctionnelles durablement incapacitantes.

Par projet de décision du 13 avril 2021, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter la demande de prestations du 29 novembre 2017 en l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

Par courriel du 20 avril 2021, complété les 4 mai et 9 juin 2021 avec l'assistance de Procap, l'assuré a fait part de ses objections sur le préavis négatif de l'OAI en contestant l'absence d'atteinte à la santé invalidante retenue et demandant son annulation, une nouvelle décision ainsi que la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires, en particulier une prise de position sur les divergences entre le bilan de l'entraînement progressif et les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du N. _____, ainsi que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

Dans un rapport du 21 mai 2021 adressé à l'OAI, établi à la demande de l'assuré, la Dre L. _____ a pris position sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du N. _____. Elle rapportait en premier lieu une évolution favorable depuis le précédent rapport de juillet 2020, d'un point de vue thymique sans décompensation dépressive sévère et sans relever de syndrome dépressif actuel chez l'assuré. La Dre L. _____

rejoignait l'expert psychiatre sur le fait que les critères n'étaient pas remplis pour un trouble de la personnalité schizoïde. Par contre, elle retenait un trouble de la personnalité mixte à traits anxieux et évitants, diagnostic avec des répercussions sur les capacités de résilience et d'adaptation, en particulier la résistance au stress. Elle reprochait à l'expert psychiatre de ne pas avoir retenu les troubles hallucinatoires présents depuis l'enfance chez son patient et orientant vers un diagnostic de séquelle de psychose infantile évoluant en principe vers un trouble de la personnalité à l'âge adulte et/ou un retard mental léger / intelligence limite. La description des activités quotidiennes lui semblait surévaluée en termes de qualité, sans qu'aucune des activités mentionnées ne démontre une activité envisageable sur le marché libre du travail ; toutefois, en phase de rémission et sans facteur de stress, l'assuré était capable de s'occuper de lui-même, de son fils et du quotidien. Ecartant une mauvaise observance du traitement médicamenteux qu'elle imputait aux troubles psychiques et au retard mental léger de son patient, la psychiatre traitante s'étonnait de ne pas avoir été sollicitée depuis le mois de juin 2020 et que le volet psychiatrique de l'expertise avait été établi sur la base d'un seul entretien d'une durée de septante-cinq minutes, alors qu'il s'agissait de la problématique centrale. Enfin, la Dre L._____ estimait que l'assuré présentait un déconditionnement important. Dans le contexte de l'évolution favorable au plan psychiatrique depuis l'automne 2020, elle informait que les quelques semaines passées par l'assuré à un des ateliers du Groupe d'accueil et d'action psychiatrique (GRAAP) avaient été interrompues en raison des difficultés relationnelles de celui-ci avec certains participants. En fonction de l'évolution à moyen terme, la psychiatre n'excluait pas la tentative d'un nouvel essai de réinsertion professionnelle afin de maintenir une activité occupationnelle dans un premier temps.

Invité par l'OAI à lui faire part de sa position sur le rapport précité de la Dre L._____, le SMR, par le Dr H._____ (avis médical du 6 juillet 2021), a estimé qu'il n'était pas apporté d'éléments médicaux susceptibles de modifier sa position qui se basait sur une expertise pluridisciplinaire indépendante.

Ecartant les objections formulées par l'assuré, l'OAI a, par décision du 18 octobre 2021, confirmé la teneur de son projet de décision du 13 avril 2021, au motif que l'intéressé ne présentait pas d'atteinte incapacitante à sa santé. L'expertise pluridisciplinaire du N._____ - attribuée à cette clinique de manière aléatoire - avait toute valeur probante et retenait des diagnostics non incapacitants, la psychiatre traitante, la Dre L._____, ne contredisait pas ces constats et le déconditionnement de l'assuré relevait d'un facteur psychosocial - non biomédical -, partant n'était pas à la charge de l'assurance-invalidité (courrier d'accompagnement du 18 octobre 2021 faisant partie intégrante de la décision du même jour).

B. Par acte du 22 novembre 2021, A._____, représenté par Procap, exerce un recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de la décision précitée et à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire. Au préalable, le recourant sollicite le bénéfice de l'assistance judiciaire. En substance, il reproche à l'OAI d'avoir mal instruit son cas, contestant la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire diligentée s'agissant de l'établissement de son état de santé, notamment psychique, et de la capacité de travail retenue eu égard aux atteintes à sa santé. Sur le plan économique, il invoque la prise en compte d'un abattement sur le revenu d'invalidité en cas de capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi.

Dans sa réponse du 21 décembre 2021, l'office intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, exposant que l'instruction est complète et ne conduit pas à reconnaître une atteinte incapacitante.

C. Par décision du 25 novembre 2021, A._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 novembre 2021. Il a été exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

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 formellement recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. Le recourant considère que l'expertise pluridisciplinaire réalisée méconnaît son état de santé, singulièrement ses troubles psychiques, qui le rendent incapable d'exercer une activité lucrative.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 18 octobre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

b) 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (première 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 (deuxième phrase).

c) 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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.

d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre

d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

4. a) Pour 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son

contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. 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 bienfondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011, *loc. cit.*).

d) Enfin, s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

5. En l'espèce, l'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité, au motif que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé qui puisse être qualifiée d'invalidante au sens de l'assurance-invalidité et ne justifie aucune incapacité de travail de longue durée. Cette décision se base essentiellement sur les constatations et les conclusions

du rapport d'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie) du 11 mars 2021 du N._____.

De son côté, le recourant déplore l'instruction médicale de son cas menée par l'office intimé. Ce faisant, il dénonce une expertise pluridisciplinaire figurant au dossier dénuée de valeur probante, singulièrement dans son volet psychiatrique qui ne respecte pas le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs pour l'appréciation tant des affections psychosomatiques que des affections psychiques qui doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 consid. 6 et 7), et de leur effet sur la capacité de travail. Il déplore par ailleurs l'absence d'analyse rhumatologique des treize *tender points* positifs relevés, et reproche à l'expert psychiatre d'écarter sans motif l'avis de la médecin spécialiste traitante.

a) D'abord, le recourant se réfère à la jurisprudence en matière d'affections psychosomatiques, notamment en ce qui concerne la fibromyalgie, le trouble somatoforme douloureux persistant et le retard mental. Il soutient que l'expertise du N._____ ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels rappelés.

En ce qui concerne le diagnostic de retard mental léger, jugé non incapacitant au motif qu'il souffre de cette limitation depuis son plus jeune âge, le recourant plaide que cette justification se heurterait à la jurisprudence qui se fonde sur une description objective des effets de la déficience intellectuelle sur le comportement, l'activité professionnelle, les activités normales de la vie quotidienne et l'environnement. En outre, le caractère « invalidant » du retard mental ressortirait de la description objective des effets de la limitation contenue dans les rapports de l'E._____. Un tel constat s'imposerait d'autant plus au regard de l'ensemble des atteintes à la santé.

Pour ce qui concerne la fibromyalgie, le recourant soutient qu'en retenant treize *tender points* positifs avec les autres critères tous

remplis, les experts devaient logiquement poser un diagnostic incapacitant de fibromyalgie, ou à tout le moins expliquer les motifs justifiant de s'en écarter. Il en irait de même des répercussions de l'obésité et de dysbalance musculaire – ayant un lien avec la fibromyalgie – écartés à tort des diagnostics incapacitants.

Le recourant allègue encore, sur la base des constatations faites durant la mesure d'entraînement progressif auprès de l'E. _____, que d'« autres troubles psychiques » devraient être retenus.

b) En l'occurrence, le recourant fait une lecture biaisée de l'expertise du N. _____. Il se méprend en tant qu'il reproche aux experts d'avoir écarté le diagnostic de retard mental léger au seul motif qu'il souffre de cette limitation depuis son jeune âge. Même s'il n'est pas jugé incapacitant, le diagnostic de « F70 Retard mental léger, possible » figure dans la liste des diagnostics en position 3. Ensuite, contrairement à ce que soutient le recourant, se conformant strictement à la jurisprudence en la matière (cf. consid. 3d supra), les experts ont effectué des tests pour déterminer le quotient intellectuel (QI), puis ont examiné en quoi un faible quotient pouvait limiter l'assuré. Dans ce contexte, ils ont constaté que si cette limitation remontait à l'enfance, cette déficience n'avait pas été un obstacle à l'exercice d'une activité professionnelle durant deux ans au Maroc et pendant dix années en Suisse sur le marché libre (d'abord dans une pizzeria puis au M. _____). En outre, l'intéressé avait pu gérer ses affaires administratives, tenir son ménage (sans bénéficier d'aucune aide à domicile professionnelle), gérer lui-même son traitement habituel (avec un pilulier qu'il préparait) et s'occuper de son fils durant le droit de visite (un weekend sur deux ainsi que la moitié des vacances) avec lequel il avait fait des séjours en montagne. Il n'a ni fait l'objet d'une enquête, ni *a fortiori*, bénéficié d'une mesure de protection de l'adulte. Il n'utilisait par ailleurs aucun moyen auxiliaire et rendait visite à l'une de ses sœurs à [...] qu'il voyait à Noël ainsi qu'une fois par mois. Aussi, la mise en exergue de ce constat et ses répercussions sur la vie quotidienne de l'assuré ont été évaluées et ont conduit les experts à ne pas retenir, à juste titre, un diagnostic incapacitant à cet égard. En tant que le recourant plaide que son retard mental léger se ressent de manière objective dans les rapports

d'évaluation de l'E. _____, il ne convainc pas davantage. D'une part, selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3 et 9C_854/2010 du 30 décembre 2010 consid. 3.2 et les références citées; TFA 762/2002 du 6 mai 2003 consid. 2), et d'autre part, la simple « intolérance aux frustrations » - même si elle figure également dans l'expertise - n'est pas suffisante à admettre un diagnostic incapacitant de retard mental léger, l'origine de ce comportement n'étant pas mise en relation avec un déficit intellectuel. Le grief doit par conséquent être rejeté.

S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, le seul constat de treize *tender points* par les experts, ne suffit pas non plus à admettre un diagnostic incapacitant. Il convient d'emblée de noter que le diagnostic a également été retenu en position 4 dans la liste. Le recourant ne parvient pas non plus à rendre vraisemblable que la tenue de son ménage privé ne serait pas comparable à une activité professionnelle, invoquant qu'il vit complètement seul, qu'il ne prend même pas soin de lui-même et que les troubles du sommeil et la fatigue sont en lien avec cette maladie, en sorte que le diagnostic incapacitant ne pouvait être exclu. Or les experts ont examiné la situation à la lumière de l'ensemble des limitations fonctionnelles objectives des atteintes à la santé et évalué correctement leur répercussion sur la capacité de travail en toute connaissance de cause.

Quant à l'obésité de classe 1 avec un indice de masse corporelle (IMC) de 31 kg/m² du recourant au jour de l'expertise, qui figure également dans la liste des diagnostics en position 10, comme le syndrome de dysbalance musculaire ainsi que le raccourcissement de la chaîne musculaire postérieure, elle a été constatée, mais comme facteur favorisant d'une part la symptomatologie douloureuse lombo-vertébrale, d'autre part une forte probabilité d'avoir une apnée du sommeil, qui en

cas de confirmation de cette déficience serait totalement traitable sous CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*), ce qui a respectivement justifié un diagnostic incapacitant et impliquant des limitations fonctionnelles, et peut être mis en lien – au moins au stade de la vraisemblance prépondérante – avec les troubles du sommeil et la fatigue. Dans ce contexte, les experts ont du reste préconisé un amaigrissement progressif pour atteindre un IMC inférieur à 25 kg/m², en pratiquant des activités physiques adaptées, de type cardio-training et renforcement musculaire, trois à cinq fois par semaine, pendant quarante-cinq à soixante minutes, chaque session (incluant par exemple une rééducation en piscine), et un suivi régulier diététique. Il est donc erroné de soutenir que ces éléments n'ont pas été pris en compte par les experts.

Le recourant, sans étayer davantage son propos, reproche aux experts de ne pas avoir retenu d'« autres troubles psychiques », alors que les rapports de l'E. _____ mettent en évidence des difficultés. C'est le lieu de rappeler une nouvelle fois que les rapports E. _____ n'ont pas de pertinence médicale selon la jurisprudence exposée ci-avant, qu'ils n'ont précisément pas été établis sur la base d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281, en sorte qu'ils ne sauraient à eux seuls valablement remettre en doute la valeur probante de l'expertise du N. _____. A cela s'ajoute que les experts ont retenu d'autres diagnostics du registre psychiatrique et que le comportement du recourant en mesure de réinsertion professionnelle mise en place chez E. _____ d'octobre 2018 à janvier 2019 a certes permis de déceler des attitudes problématiques, sans qu'elles ne doivent être considérées comme incapacitantes, voire qu'il faille rattacher ces problèmes comportementaux à des facteurs biomédicaux, du ressort de l'assurance-invalidité. Comme le relève justement le recourant, sa dernière activité professionnelle remonte à dix ans et un déconditionnement paraît plus probablement à l'origine de cette attitude inadaptée.

Aussi, en l'absence d'un diagnostic incapacitant du registre des affections psychosomatiques, une appréciation en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 3d

supra) n'avait pas à être effectuée (TF 9C_176/2018 du 16 août 2018, consid. 3.2.2). Cela étant et en tout état de cause, il ressort du rapport du N._____ que l'ensemble des indicateurs ont été examinés par les experts, en sorte que la critique est mal fondée.

c) Le recourant conteste ensuite la valeur probante de l'expertise du N._____ au motif qu'elle s'écarte des constatations et des diagnostics de sa psychiatre traitante, en sorte que ces différences de diagnostics infondées ou fondées sur l'ancienne jurisprudence en la matière justifieraient de se distancer de cette expertise.

d) En l'occurrence, la psychiatre traitante a estimé qu'il y avait une aggravation de l'état de santé même si elle rapporte depuis l'automne une stabilisation de la dépression, voire une évolution favorable, et qu'une dépendance à l'alcool doit être retenue. Elle évalue pour sa part la capacité de travail de son patient comme nulle dans toute activité depuis juillet 2019. Or, il convient de relever que l'expert psychiatre I._____ a, sous la rubrique « évaluation et classification des troubles par rapport aux évaluations antérieures », passé en revue et discuté les diagnostics différentiels de la psychiatre traitante en expliquant avec soin les motifs médicaux qui le conduisait à ne pas retenir ces diagnostics. Quant à la dépendance à l'alcool, bien qu'une dépendance avec une consommation importante ait été relevée, une amélioration est toutefois constatée par la psychiatre traitante elle-même dans son rapport de juillet 2020, qui évoque une consommation épisodique du produit. Le recourant n'a en outre aucun traitement spécifique pour lutter contre cette addiction. Dans ces conditions, bien qu'une consommation importante ait été relevée, elle n'est pas encore constitutive d'une alcoolémie avérée au long cours. Le Dr I._____ du N._____, s'en tenant à son rôle d'expert, a distingué les éléments subjectifs basés sur les plaintes exprimées et ses propres constatations médicales pour classer les diagnostics et leur répercussion éventuelle sur la capacité de travail. La psychiatre traitante fonde son avis, qui n'est au demeurant pas diamétralement distinct de la position de l'expert, sur les plaintes de son patient. Or de tels éléments subjectifs ne sauraient à eux

seuls en aucun cas constituer une base fiable de décision. De manière générale et s'agissant des rapports des psychiatres traitants, il convient de rappeler qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5). Cela étant, la psychiatre traitante de l'époque a aussi retenu que la séparation suivie du divorce de l'assuré l'avait conduit à développer une dépendance à l'alcool et au cannabis et à la cocaïne très occasionnellement (cf. rapport du 19 mars 2018 de la Dre C._____, p. 3), et avait eu une incidence sur son état de santé lors de la mesure de réadaptation à l'E._____. Depuis cet épisode de vie tourmentée, la consommation d'alcool avait diminué selon la Dre L._____. Le grief doit par conséquent être rejeté.

Pour être complet, on ajoutera que c'est par ailleurs en vain que la psychiatre traitante tente de remettre en cause la qualité du travail de l'expert psychiatre en soutenant que seul un examen d'une durée de 1h15 a eu lieu quand bien même il s'agissait de la problématique centrale. Selon la jurisprudence, le rôle de l'expert consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et la référence), si bien que le grief de la Dre L._____, selon lequel l'expert l._____ a vu le recourant durant une durée limitée, est manifestement mal fondé, d'autant que la durée de l'examen expertal n'est pas négligeable.

6. Le recourant conteste l'évaluation de la répercussion des atteintes sur la capacité de travail effectuée par les experts du N._____, rappelant que les diagnostics retenus ne sont pas déterminants, à l'inverse de leur répercussion sur la capacité de travail. Il soutient à cet égard que si l'expertise devait néanmoins être tenue pour probante, sa capacité de travail serait nulle dans toute activité sur le marché libre de l'emploi en raison de ses multiples limitations.

La critique du recourant est essentiellement une allégation de partie qui n'a aucune portée propre sur l'issue du litige dès lors qu'il se

limite à affirmer que sa capacité de travail est nulle dans toute activité sans objectiver son propos. A l'inverse, comme examiné ci-avant (cf. consid. 5 supra), la capacité de travail résiduelle du recourant a été évaluée par les experts de manière objective et en parfaite conformité aux exigences de la jurisprudence (cf. consid. 4b supra) ; le rapport d'expertise est pleinement probant. En effet, il comporte une anamnèse complète, est le fruit d'un examen multidisciplinaire *lege artis*, fait état de considérations dûment documentées et d'observations, qui, après discussion des avis divergents, ne laissent place à aucune contradiction dans leur motivation, tant sur le plan des diagnostics que celui des limitations fonctionnelles retenues ainsi que des répercussions sur la capacité de travail. Ce rapport contient des conclusions claires, posées au terme d'un *consilium* sur l'appréciation globale du cas. En l'absence 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 bienfondé des conclusions ou en établir le caractère incomplet, il n'y a pas lieu de se distancer des constatations et des conclusions de l'expertise du N._____. Cela étant, les experts retiennent des limitations fonctionnelles ; du point de la médecine interne et de la psychiatrie, il n'y a pas de limitation fonctionnelle dans des activités correspondant aux aptitudes et capacités du recourant, alors que sur le plan rhumatologique, à titre préventif pour éviter toute aggravation des troubles dégénératifs probables, il y a lieu de limiter le port de charges jusqu'à dix kilos ainsi que d'éviter des postures forcées ou en porte-à-faux qui surchargent le rachis dans sa totalité. Ils estiment toutefois que la capacité de travail de l'assuré est entière dans toute activité, dont celle habituelle d'aide de cuisine, respectant ces restrictions et que la situation devrait rester stable, tant sous l'angle psychique que somatique. Contrairement à ce qu'il allègue, le recourant, qui a un suivi psychiatrique adapté à dires d'experts, peut donc pleinement mettre en valeur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Dans le même sens, il ressort du dossier qu'en dépit de troubles du spectre de dépression dès l'enfance, l'assuré a notamment travaillé durant dix années en Suisse sans qu'il ne soit établi que son état de santé se soit péjoré de manière durable (sinon de manière épisodique,

notamment durant son divorce en 2019). Chez cet assuré, tout au plus, sa longue absence du marché du travail et le déconditionnement corrélatif pourraient constituer un frein éventuel. Or s'agissant du « contexte social », les contraintes sociales qui ont directement des conséquences fonctionnelles négatives doivent être écartées dans l'examen de l'assurance-invalidité (ATF 127 V 297 consid. 5a). A nouveau, le grief doit être rejeté.

7. Le recourant soutient enfin, à titre subsidiaire, que si une capacité de travail devait être retenue, un abattement sur le revenu d'invalidité se justifierait au regard des circonstances d'espèce, notamment en raison d'absences imprévisibles dues à une décompensation, à son intelligence limitée et de sa nécessité de porter des chaussures spéciales.

La jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail, de sorte qu'en principe, il n'y a pas lieu d'effectuer en sus un abattement en raison des limitations fonctionnelles à l'origine de la diminution de rendement (TF 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.3 *in fine* et les références; TF 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.3.3, *in SVR* 2015 IV n° 8 p. 23). Dans le cas particulier toutefois, les experts retiennent, de manière probante, que la capacité de travail du recourant est entière dans toute activité adaptée, dont celle habituelle d'aide de cuisine, respectant les limitations retenues. Aucune diminution de rendement n'est retenue. Il n'y a pas lieu de procéder en l'espèce à une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGa, et partant de chercher à établir le gain hypothétique d'invalidité, avec ou sans prise en compte d'un abattement, dès lors que l'absence d'incapacité de travail dans l'activité usuelle pleinement exigible se confond avec le degré d'invalidité.

En tout état de cause, il apparaît que le recourant présente une critique floue et se limite à faire état de la jurisprudence rendue en la matière, sans rendre vraisemblable en quoi les cas qu'il cite seraient similaires à son affaire. Même dans l'hypothèse, non retenue en l'espèce,

d'une capacité de travail résiduelle avec une baisse de rendement dans une activité adaptée, il n'y aurait en particulier pas lieu de procéder à un abatement afin de tenir compte des limitations fonctionnelles. Il convient de rappeler en effet qu'une réduction du salaire statistique au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré. Or les restrictions fonctionnelles retenues à titre préventif par les experts, pour rappel une limitation du port de charges jusqu'à dix kilos ainsi que l'évitement des postures forcées ou en porte-à-faux surchargeant le rachis dans sa totalité, ne sauraient constituer un quelconque frein à la reprise d'une activité adaptée. Il existe en effet un large éventail d'activités variées et non qualifiées accessibles au recourant au vu de ses limitations fonctionnelles non incapacitantes qui se limitent au port de charges légères ainsi qu'aux positions non forcées ou en porte-à-faux évitant une surcharge du rachis (cf. TF 9C_497/2012 du 7 novembre 2012 ; TF I 383/2006 du 5 avril 2007 consid. 4.4). Le grief est donc manifestement infondé.

8. Le recourant requiert, à titre subsidiaire, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, au besoin par renvoi de la cause à l'autorité intimée.

Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause sur l'état de santé et les limitations fonctionnelles ainsi que leur incidence éventuelle sur la capacité de travail du recourant. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par l'intéressé doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1, 140 I 285 consid. 6.3.1 et 130 II 425 consid. 2.1). Un tel constat s'impose *a fortiori* en ce qui concerne le renvoi de la cause par l'admission du

recours, la Cour s'estimant suffisamment renseignée sans que la mesure sollicitée ne parvienne à ébranler sa conviction.

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

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. Toutefois dès lors que ce dernier 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.

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, bien qu'assisté d'un mandataire, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 18 octobre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du recourant mais provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Procap Suisse (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :