COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mai 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Feusi et M. Küng, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

*****

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16 et 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant serbe né en 1958, mécanicien de formation, résidant sans interruption en Suisse depuis 1991 et titulaire d'un permis B, travaillait à temps partiel auprès de l'entreprise de nettoyage [...] depuis le 11 septembre 2006. En incapacité de travail depuis le 11 octobre 2006, des indemnités journalières ont été versées par [...]; l'assuré a ensuite été licencié le 28 février 2007.

Le 25 janvier 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant concernant l'atteinte à la santé « Artères jambes bouchées ». L'instruction médicale a mis en évidence chez l'intéressé une artériopathie de stade III du membre inférieur droit ayant nécessité une intervention chirurgicale, une rétraction ischémique du long fléchisseur du gros orteil droit, un état anxieux et des cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs (cf. rapport médical du 27 avril 2007 du Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale). Les atteintes vasculaires occasionnaient chez l'assuré un périmètre de marche limité à quelques mètres et l'impossibilité d'exercer toute activité en position debout (cf. rapport du 12 décembre 2017 du Dr [...], spécialiste en chirurgie vasculaire).

Par décision du 31 mars 2008, confirmant un projet de décision du 21 novembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif que la comparaison des revenus avec et sans invalidité laissait apparaître un degré d'invalidité de 10 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Cette décision se basait notamment sur un avis médical du Service Médical Régional de l'AI (ci-après : SMR) qui mentionnait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de concierge dans une entreprise de nettoyages et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

b) Le 24 janvier 2011, l'assuré a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'OAI, faisant état de problèmes d'urologie, néphrologie, angiologie et neurologie. Le rapport d'évaluation du 15 février 2011, effectué dans le cadre de la détection précoce, a relevé une tumeur et ablation du rein gauche en août 2010 et une tumeur et un traitement au laser du rein droit en automne 2010 occasionnant une incapacité totale de travail depuis l'été 2010.

L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI le 18 février 2011.

L'instruction médicale a mis en évidence que l'assuré souffrait, en plus de l'insuffisance artérielle du membre inférieur droit, d'une tumeur rénale bilatérale avec suspicion de maladie de von Hippel-Lindaum status post néphrectomie, status post thrombose des sinus cérébraux sagittaux supérieur, transverse et sigmoïde (cf. rapport du 14 mars 2011 du Dr R._____). Dans son rapport du 17 mai 2011, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a également mis en exergue un état dépressif majeur, épisode moyen avec syndromes somatiques et une cardiopathie hypertensive, ayant une influence sur la capacité de travail.

Dans un rapport du 9 septembre 2010, le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Service de psychiatrie du Centre hospitalier S._____, a posé le diagnostic de vraisemblable épisode dépressif majeur, épisode actuel moyen, avec syndromes somatiques. Il a précisé que ce diagnostic était vraisemblable en raison de la tristesse de l'assuré, de la sensation d'avenir bouché, de ses troubles de la mémoire et du sommeil ainsi que son irritabilité et les pensées de mort transitoires, soulignant que ledit diagnostic ne pouvait cependant pas être retenu définitivement, dans la mesure où l'intéressé ne s'était présenté qu'à la première consultation.

Dans un avis médical du 23 juin 2011, le Dr N._____ du SMR a retenu que l'assuré se plaignait sur le plan fonctionnel de douleurs des

membres inférieurs à 300 m de marche rendant impossible la station assise de longue durée, de maux de tête fréquents et d'une capacité de concentration limitée depuis sa thrombose des sinus. Il a précisé à cet égard que le compte-rendu du Centre hospitalier S._____ faisait état d'une récupération sur le plan neurologique, où il n'existait pas de restrictions physiques. Fort de ces constatations, le Dr N._____ a conclu que la capacité de travail dans l'activité habituelle de concierge et de nettoyages était nulle depuis octobre 2006. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, il a énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire, ne doit pas rester debout longtemps, alternance de la position assise et debout, activité sans port de charges, éviter tout traumatisme sur le membre inférieur droit, pas d'utilisation de machines dangereuses, pas d'activité dans le froid. Il a précisé que la capacité de travail dans une activité adaptée était diminuée à partir de 2010, où le rendement était alors estimé à 70 % et conclu que l'état de santé n'était pas encore stabilisé puisque la tumeur rénale pouvait être évolutive.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 20 octobre 2012, mise en œuvre suite au mandat de l'OAI, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des conduites et des émotions (anxiété) (F43.25) et exposé également ce qui suit :

> «*5. Appréciation du cas et pronostic*
>
> Rien dans l'anamnèse ou dans les dires de l'assuré me font penser à une maladie psychiatrique pendant l'enfance ou l'adolescence.
>
> Rappelons que cet assuré, d'origine [...], a toujours vécu en [...] où il a fait sa scolarité obligatoire avant d'apprendre le métier de monteur. Par la suite, il y a travaillé jusqu'en 1991 où il a fui son pays pour ne pas faire l'armée avec les [...]. Il est alors arrivé en Suisse, a demandé l'asile politique et l'a obtenu. Ensuite, il a toujours travaillé, jusqu'en 2006 où une série de problèmes physiques sont survenus, notamment une insuffisance artérielle opérée, une tumeur rénale bilatérale sans récidive post traitement ainsi qu'une thrombose cérébrale du sinus sagittal supérieur, du sinus transverse sigmoïde droit et jugulaire apparemment sans

> conséquences neurologiques. A signaler que les examens neurologiques se sont révélés dans la norme.
>
> Il est mentionné, dans le rapport, un état dépressif que je n'ai pas pu objectiver ni durant l'entretien, ni d'un point de vue anamnestique. En effet, l'assuré présente une tristesse légère et plutôt fluctuante en fonction de son état car il se sent diminué physiquement et n'a plus les mêmes capacités qu'auparavant.
>
> Au vu des activités journalières de l'assuré, nous constatons qu'il ne s'agit pas d'une personnalité déprimée. En effet, il peut regarder la télévision sans aucune difficulté. Il n'y a donc pas de troubles cognitifs sous la forme de trouble de la concentration ou trouble de la mémoire pouvant l'handicaper. Il est également capable de partir avec sa famille une fois par an, en voiture, chez ses parents en [...], malgré ses douleurs.
>
> Le problème principal de l'assuré est les douleurs qu'il ressent et qu'il vit comme étant subjectivement handicapantes.
>
> Du point de vue psychiatrique donc, mis à part un trouble de l'adaptation avec surtout de l'anxiété ainsi qu'une irritabilité secondaire à ses difficultés physiques, il n'y a pas de signes ou de symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité décompensée pouvant justifier l'incapacité de travail chez cet assuré qui est apte à travailler à 100% depuis de nombreuses années.
>
> Concernant le pronostic et du point de vue purement psychiatrique, il est plutôt favorable ».

Par décision du 3 mai 2013, confirmant un projet de décision du 8 janvier 2013, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité au motif qu'il présentait une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que le degré d'invalidité, issu de la comparaison des revenus, se montait à 30 %. Cette décision précisait que les limitations fonctionnelles étaient un périmètre de marche de 200m, une activité sédentaire, ne pas rester debout très longtemps, l'alternance de la position assise et debout, une activité sans port de charges, éviter tout traumatisme sur le membre inférieur droit et rénal, pas d'utilisation de machines dangereuses, pas d'activité dans le froid ; elle soulignait en outre que la capacité de travail avait été ramenée à 70 % dès février 2011 en raison de l'atteinte rénale.

En juillet 2014, il a été mis un terme à la mesure d'aide au placement initialement accordée à l'assuré en février 2013, l'intéressé ne

s'estimant pas en mesure de prendre une activité professionnelle même adaptée (cf. courrier de l'OAI du 29 juillet 2014).

c) Le 16 octobre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir d'une maladie depuis 2006.

Dans son rapport du 7 novembre 2014 à l'OAI, le Dr L._____ a indiqué que le dépôt de la nouvelle demande était justifié par l'aggravation de l'état de santé sur le plan somatique avec péjoration des lombalgies. Il a également indiqué que l'état psychique de l'assuré avait été marqué par un état anxieux et des troubles du sommeil, ainsi qu'une somnolence diurne causé par une apnée du sommeil de degré moyen diagnostiquée en 2014, dont l'appareillage n'a pas été supporté par l'intéressé (cf. rapport du 2 juillet 2014 du Dr [...], spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie). Il a conclu que le degré d'invalidité de son patient devait être réévalué.

Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 12 avril 2016, les Dresses H._____ et K._____, spécialistes en médecine interne générale et le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de la J._____, ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'arthériopahie oblitérante du membre inférieur droit actuellement de stade IIa (périmètre de marche 200 à 300 mètres) (I73.9) et, s'agissant des diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail, de cervico-dorso-lombalgies chroniques non spécifiques (M50 – M51), d'hyperostose vertébrale ankylosante ou maladie de Forestier (M48.1), de troubles anxieux sans précision (F41.9), d'insuffisance rénale chronique de stade A1G3b sur réduction de la masse néphrotique. La rubrique « Appréciation du cas » contient notamment ce qui suit :

> « [...] La 3ème demande de prestations AI, demande de révision de sa situation, a aussi été motivée par l'apparition de lombalgies, progressivement depuis 2010. Il s'agit actuellement de cervico-dorso-lombalgies chroniques, non spécifiques, aggravées par l'obésité. L'examen clinique effectuée tant par l'interniste que par le rhumatologue n'a pas montré de limitation fonctionnelle

significative. L'hyperostose vertébrale ankylosante documentée sur les clichés radiologiques du 05.10.2015 n'explique pas l'intensité ni la persistance de l'ensemble de la symptomatologie douloureuse, qui s'étend également aux régions sterno-costales bilatérales. Au plan rhumatologique strict, il n'y a pas de maladie ou de lésion de l'appareil locomoteur qui justifie une incapacité de travail médico-théorique de longue durée dans l'activité de nettoyeur, voire dans une activité rendue possible par les limitations fonctionnelles engendrées par l'artériopathie et la pathologie tumorale rénale.

D'un point de vue physique, on note encore des plaintes concernant des paresthésies nocturnes dans les deux mains mais pour lesquelles nous n'avons en particulier pas d'explication neurologique. Les symptômes sont stables depuis 2009 et l'EMG de 2015 ne montrait pas d'anomalie, notamment au niveau des nerfs médians, cubital et radial des deux côtés.

Reste à évaluer l'aspect psychiatrique avec description de l'évolution au cours du temps, notamment depuis 2012, d'un trouble de l'adaptation avec anxiété. Une expertise psychiatrique avait été mandatée en 2012 par l'OAI au Dr Q._____, qui retenait un diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des conduites et des émotions (anxiété), à sa avis sans répercussion sur la capacité de travail.
Actuellement, tant lors de l'examen par l'interniste que par le psychiatre, nous n'avons pas constaté de ralentissement psychomoteur, de troubles de la concentration ou de symptômes dépressifs comme une tristesse, une baisse de l'estime de soi, par exemple. Cela est corroboré par l'échelle psychométrique de dépression MADRS, qui donne un score de 14/60, la symptomatologie dépressive mentionnée par G._____ se trouvant ainsi en-dessous du seuil admis de la dépression même légère.
En ce qui concerne l'anxiété, les symptômes sont décrits comme spontanément très variables, apparaissant mêlés aux plaintes somatiques. Dans la discussion du concilium psychiatrique, des facteurs tempérant l'intensité du trouble anxieux sont relevés tels que des réponses affirmatives au sujet de différents symptômes d'anxiété, quand bien même Monsieur G._____ n'en faisait aucunement part de façon spontanée (attitude que l'on ne retrouverait pas chez un expertisé qui souffrirait formellement d'un grave trouble d'anxiété généralisée ou d'un trouble panique), ce qui a aussi été relevé lors de l'anamnèse par l'interniste. Le Dr P._____ décrit encore en détail d'autres atypies dans la présentation des plaintes, avec l'absence d'anxiété d'anticipation de nouvelles crises de panique, par exemple, et le fait que l'anxiété reste assez globale, difficile à préciser et à différencier d'un sentiment de dysphorie et d'irritabilité. La discussion du concilium spécialisé auquel nous nous référons décrit ainsi pourquoi l'échelle d'appréciation de l'anxiété selon Hamilton et qui donne un score de 17, théoriquement compatible avec une anxiété significative, doit être interprétée avec beaucoup de précaution. La discussion relève donc des problèmes de cohérence.
Lors de notre colloque de synthèse, nous avons relevé la prédominance d'un discours « somatique » chez Monsieur G._____ malgré quelques plaintes concernant une anxiété (surtout lorsqu'on pose des questions précises), alors que dans le contact clinique, il n'est aucunement apparu triste, figé, ralenti d'un point de vue

psychomoteur ou visiblement anxieux. Globalement, le discours est resté flou, souvent très inductible, tel que décrit en détail par le Dr P._____. Nous avons considéré que tous ces éléments vont dans le sens d'une tendance de l'expertisé à s'enfermer dans une position passive et une identité de malade, le tout dans un contexte psychosocial précaire. Dans le sens d'une position passive, de phénomènes de majoration de la symptomatologie psychique, on constate aussi une attitude projective. Nous avons retenu globalement une composante de manque de fiabilité et de cohérence dans la présentation clinique, avec l'absence de critères stricts pour définir un trouble anxieux spécifique et incapacitant. Comme mis en avant par le Dr Q._____ dans son appréciation de 2012, à laquelle nous nous rallions, seule une anxiété modeste peut être retenue à l'heure actuelle, sous l'appellation d'un trouble anxieux sans précision. Nous considérons que les symptômes d'ordre psychique ne sont pas suffisants pour générer des limitations fonctionnelles susceptibles d'abaisser la capacité de travail de Monsieur G._____.
De plus, nous n'avons pas d'élément nous orienter vers un syndrome somatoforme douloureux persistant que l'on aurait pu suspecter vu l'évolution et l'extension de douleurs de l'appareil locomoteur, des membres supérieurs au cours du temps, et qui semblent résister aux traitements entrepris. Nous n'avons pas relevé de conflit psychosocial majeur à l'origine des douleurs. D'autre part, nous avons mis en évidence des facteurs de personnalité qui témoignent de ressources personnelles conservées chez l'expertisé. Comme détaillé dans le concilium psychiatrique, Monsieur G._____ ne semble pas avoir souffert durant son enfance et son adolescence d'une pathologie familiale grave et il n'y a pas de notion de maltraitance ou de mise à l'écart par ses pairs. La scolarité a été suivie de façon correcte, avec visiblement de bonnes ressources intellectuelles qui ont permis à Monsieur G._____ de suivre un parcours socioprofessionnel compatible avec son niveau socioculturel et acquérir des aptitudes pratiques dans un métier technique. Il a mené une vie professionnelle, sociale et familiale bien construite, stable, sans difficulté relationnelle particulière. La situation familiale est toujours stable. Il n'y a donc aucun conflit émotionnel ou psychosocial significatif mis en évidence dans ce domaine. Donc, face à ces ressources et à l'absence de conflit émotionnel et psychosocial, un diagnostic de trouble somatoforme ou apparenté ne paraît pas pertinent.

Nous avons retenu avant tout les plaintes somatiques de Monsieur G._____ met au premier plan, mais qui n'ont pas d'incidence, à notre avis, quant à une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites plus haut. Nous n'avons ainsi pas d'évidence d'aggravation significative de l'état de santé de l'expertisé depuis la dernière demande d'évaluation AI. Comme souligné par l'interniste, le rhumatologue, puis aussi au plan psychiatrique, l'attitude globale de Monsieur G._____ sembler aller dans le sens d'une majoration et d'un déconditionnement global, plus que dans le sens d'une atteinte psychiatrique incapacitante. Nous n'avons pas d'explication, qu'elle soit au plan somatique ou psychiatrique, significative, quant à l'échec des mesures de réinsertion professionnelle mises en œuvre.

REPONSES AUX QUESTIONS

- *Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé ?*

  Capacité de travail de 70% dans l'activité de nettoyeur dès l'été 2010, comme noté dans le projet de décision AI du 08.01.2013, en raison de l'atteinte rénale. Le 30% d'incapacité tient compte des limitations fonctionnelles globales tant liées à l'artériopathie oblitérante du membre inférieur droit que de la nécessité d'éviter les chocs, blessures, contusions au niveau lombaire suite à l'opération rénale. Les limitations fonctionnelles décrites pour l'artériopathie sont valables depuis octobre 2006.

- *A quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25% au moins ?*

  Depuis l'été 2010 (diagnostic oncologique rénal) mais capacité de travail restée préservée de 70%.

- *Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

  Il est resté stable depuis lors, avec une baisse maximale de capacité de travail de 30%, pour tenir compte d'une baisse globale de rendement liée aux limitations fonctionnelles, qui seront décrites plus loin.

- *Pronostic (de la capacité de travail) ?*

  Etant donné l'absence de pathologie psychiatrique incapacitante, le pronostic quant à une reprise d'activité professionnelle devrait théoriquement rester ouvert. Toutefois, le vécu de « malade », l'attitude passive de l'expertisé face aux mesures de réinsertion professionnelle, son âge, sont des facteurs limitant les réelles chances de réinsertion dans le circuit économique normal. Il s'agit néanmoins de facteurs d'ordre non médical.

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ?*

  ☐ oui ☒ non

  Le traitement préventif de l'aggravation de l'artériopathie est en place. On ne peut que recommander d'un point de vue ostéo-articulaire une activité physique régulière et idéalement un meilleur contrôle pondéral.

- *Si non, pour quelles raisons ?*

Il n'y a pas de pathologie psychiatrique suffisamment incapacitante qui justifierait un traitement. Les pathologies somatiques sont suivies de manière régulière et il n'y a pas de traitement complémentaire à proposer. A noter que la pathologie oncologique rénale est stable, sans signe de récidive locale ou d'extension à distance.

- *Durée nécessaire probable du traitement ?*

  Suivi médical régulier au long cours.

- *Quelle capacité de travail peut-on espérer par la suite ?*

  Inchangée, théoriquement préservée à 70%.

- *L'assuré est-il/elle d'accord avec ce traitement ?*

  ☐ oui ☐ non (*si non, pour quelles raisons*)

  La compliance médicamenteuse paraît bonne. Il se rend aux contrôles réguliers en néphrologie et angiologie au Centre hospitalier S._____.

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel ?*

  ☐ oui ☒ non (*si non, pour quelles raisons*)

  Etant donné que l'activité de nettoyeur ne paraît pas inadaptée.

- *Un reclassement professionnel est-il judicieux ?*

  ☐ oui ☒ non

  Si Monsieur G._____ n'en fait pas la demande ; au vu des échecs précédents en 2010 et 2014 après quelques jours seulement, pour des raisons difficiles à expliquer à notre avis aux plans somatique et psychiatrique.

- *Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé (préciser ce qui convient) :*

  [x] Position de travail (debout, assis, etc.) : pouvoir alterner les positions au moins aux heures, pouvoir se dégourdir les jambes, marcher quelques pas. Pas de nécessité de se déplacer de manière régulière sur plus de 200 à 300 mètres.
  [ ] Horaire : [ ] à plein temps [ ] à mi-temps [ ] autres
  [x] Port de charges : à éviter s'il est supérieur et répété à 10 kg.

[x] Travaux lourds :
[ ] Marche :
[ ] Nuisances diverses : bruit, poussières, etc. :
[ ] Conditions de travail (milieu ouvert, protégé) :
[ ] Niveau de formation :
[ ] Capacité d'apprendre :
[x] Motivation : l'expertisé n'a actuellement pas de motivation à reprendre une quelconque activité professionnelle mais les raisons ne peuvent pas être expliquées par les atteintes à la santé somatique ou psychique.
[ ] Autres :

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des moyens auxiliaires ?*

  ☐ oui ☒ non

- *Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté ?*

  70% (la baisse de 30% tient compte des limitations fonctionnelles énoncées ci-dessus).

- *Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?*

  En continu depuis 2006, hormis les périodes d'hospitalisation pour néphrectomie, entre autres, ou les hospitalisations liées au traitement de l'ischémie du membre inférieur droit en 2006-2007. Dès 2010, où le problème rénal est diagnostiqué et traité, une diminution de travail de 30% est reconnue. Auparavant, capacité de travail totale dans une activité adaptée à l'artériopathie (cela rejoint l'appréciation SMR de janvier 2013) ».

Par courrier du 1er février 2017, l'OAI a sommé l'assuré de se déterminer, dans un délai fixé au 17 février 2017, s'il acceptait le stage d'observation/orientation au sein de l' [...] qui lui avait été proposé, sans quoi il serait mis un terme à l'instruction de son droit à des mesures professionnelles et procédé à l'évaluation de son taux d'invalidité en tenant compte d'un capacité de travail de 70% dans une activité non qualifiée adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par courrier de son conseil du 2 février 2017, l'assuré a maintenu que des mesures de réadaptation n'étaient pas raisonnablement exigibles dans sa situation, de sorte qu'il convenait pour l'OAI de calculer son taux d'invalidité et de statuer sur son droit à une rente.

Le 17 juillet 2017, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 3 juillet 2017 de la Dresse B._____, spécialiste en psychiatrique et psychothérapie, posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), occasionnant une incapacité totale de travail et un pronostic incertain. Selon la Dresse B._____, l'assuré présentait une thymie triste, des idées noires sans idéation suicidaire, un sentiment de désespoir et d'injustice surtout ce qui concernait sa situation avec l'assurance-invalidité, une diminution de l'élan vital, des difficultés de concentration et d'importants troubles du sommeil (difficultés d'endormissement et réveils précoces). Elle a également relevé que le patient évoquait une grande irritabilité et une perte de poids de l'ordre de 7 kg depuis décembre 2016, soulignant que les entretiens n'avaient pas mis en évidence des symptômes psychotiques. Le traitement médicamenteux prescrit se composait de Stilnox CR cp 6,25 mg et de Trittico 50 mg, le soir.

Par décision du 21 novembre 2017, confirmant un projet de décision du 29 mars 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que la capacité de travail de l'intéressé de 70 % demeurait inchangée, se référant principalement au rapport d'expertise de la […] du 12 avril 2016. L'OAI a également précisé que les revenus avec et sans invalidité ci-dessus provenant de la décision du 3 mai 2013 avaient été indexés à 2017, de sorte que le préjudice économique était dès lors inchangé.

B. Par acte du 22 décembre 2017, G._____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'il soit mis au bénéfice d'une rente AI et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Sur le fond, il allègue une aggravation de son état de santé sur le plan psychique justifiant une incapacité totale de travail, se référant au rapport de la Dresse B._____. Il conteste en outre le montant retenu par l'OAI au titre du revenu

d’invalide, dans la mesure où il ne tient pas compte de son incapacité totale de travail et sur lequel il convient en tout état de cause d’opérer un abattement de 15% afin de tenir compte de ses difficultés linguistiques, de sa nationalité, son absence de formation, de son âge et de ses limitations fonctionnelles. Il sollicite la mise en œuvre d’un complément d’expertise visant à déterminer si et dans quelle mesure son état de santé s’est aggravé postérieurement à l’expertise de la J._____.

Dans sa réponse du 7 mars 2018, l’intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il fait valoir que l’expertise de la J._____, qui a pleine valeur probante, ne retient aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique. En outre, il allègue que la posologie du traitement prescrit par la Dresse B._____ est largement inférieure à celle recommandée pour le traitement d’un état dépressif sévère. Constatant que l’état de santé du recourant est stationnaire depuis la précédente demande de rente AI, et que sa capacité de travail est inchangée – soit 70 % dans une activité adaptée – il n’y a aucune raison de procéder à un nouveau calcul du degré d’invalidité dans la décision litigieuse.

Répliquant le 10 avril 2018, le recourant maintient ses conclusions, requérant formellement en sus la mise en œuvre d’une expertise psychiatrique. Soutenant que son état de santé s’est péjoré sur le plan psychiatrique, il produit un rapport du 15 février 2018 de la Dresse B._____, attestant une aggravation de l’état de santé de l’assuré depuis l’expertise, soulignant qu’il présentait une thymie triste, des idées noires sans idéation suicidaire, un sentiment de désespoir et d’injustice surtout concernant sa situation avec l’assurance invalidité, un sentiment de culpabilité, une diminution de l’état vital et des difficultés de concentration, ainsi que d’importants troubles du sommeil avec des réveils précoces. La Dresse B._____ a confirmé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de trouble anxieux, sans précision (F41.9), occasionnant une incapacité de travail à 100 %.

Dans sa duplique du 30 avril 2018, l'intimé confirme ses conclusions. Il fait valoir que les arguments développés dans le rapport du 15 février 2018 ne sont pas de nature à remettre en question le bien-fondé de la décision litigieuse.

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 l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la nouvelle demande déposée en octobre 2014, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant de nature à modifier son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

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. 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.

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). 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).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à

influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

4. **a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent 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 le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. **a)** Le recourant s'est annoncé auprès de l'OAI en janvier 2007, invoquant essentiellement des douleurs au membre inférieur droit à la suite d'un artériopathie. L'instruction médicale menée par l'intimé a révélé que l'atteinte somatique contre-indiquait les activités debout et que le périmètre de marche de l'intéressé était extrêmement restreint, car limité à quelques mètres seulement. S'il était mentionné que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de concierge, celle-ci demeurait en revanche entière dans une activité adaptée. Par décision du 31 mars 2008, l'OAI a nié le droit aux prestations, le degré d'invalidité atteignant 10 %.

La deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité, déposée en février 2011, motivée notamment par l'apparition d'une tumeur rénale et d'un état dépressif, a également donné lieu à un refus de l'OAI, au terme d'une décision du 3 mai 2013, concluant à un degré d'invalidité de 30 %. Sur le plan somatique, l'instruction médicale a mis en évidence, en sus de l'insuffisance artérielle, les diagnostics de tumeur rénale bilatérale avec suspicion de maladie de von Hippel-Lindaum (status

post néphrectomie), de thrombose des sinus cérébraux sagittaux, des limitations fonctionnelles identiques à celles retenues lors de la première demande s'agissant des troubles vasculaires, auxquelles venaient s'ajouter l'impossibilité de rester debout longtemps, l'alternance des positions, l'absence de port de charge, éviter tout traumatisme sur le membre inférieur droit, pas d'utilisation de machines dangereuses et pas d'activité dans le froid. Sur le plan somatique, la capacité de travail, toujours nulle dans l'activité habituelle, était désormais de 70 % dans une activité adaptée dès février 2011 en raison de l'atteinte rénale, étant précisé que l'évolution cardio-vasculaire était plutôt favorable et la situation stabilisée sur ce point à compter de janvier 2012. Sur le plan psychique, si le diagnostic d'épisode dépressif majeur – épisode actuel moyen – avec syndromes somatiques avait initialement été posé, l'expertise conduite par le Dr Q._____ a mis en évidence un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des conduites et des émotions (anxiété), sans aucune influence sur la capacité de travail du recourant.

b) Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations introduite le 16 octobre 2014, objet de la présente contestation, l'assuré produit un rapport du 7 novembre 2014 de son médecin traitant, le Dr L._____, faisant état d'une aggravation de l'état de santé de santé sur le plan somatique avec péjoration des lombalgies et, au plan psychique, un état anxieux et des troubles du sommeil, devant conduire à une réévaluation de son degré d'invalidité.

aa) Sur le plan somatique, si les lombalgies sont reconnues par l'intimé comme nouvel élément, force est de constater qu'elles n'entravent pas la capacité de travail du recourant. En effet, selon le rapport d'expertise de la J._____, lequel satisfait les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 4b *supra*), le recourant souffre de cervico-dorso-lombalgies chroniques non spécifiques et d'hyperostose vertébrale ankylosante. Les experts ont toutefois considéré que ces atteintes étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé. Précisant que les lombalgies chroniques étaient aggravées par l'obésité, ils ont souligné que

l’examen clinique effectué tant par l’interniste que par le rhumatologue n’avait montré aucune limitation fonctionnelle significative. Quant à l’hyperostose vertébrale ankylosante, elle n’expliquait pas l’intensité ni la persistance de la symptomatologie douloureuse. Forts de ces constats, les experts de la J._____ ont conclu qu’il n’existait au plan rhumatologique aucune maladie ni lésion de l’appareil locomoteur justifiant une incapacité de travail médico-théorique de longue durée dans l’activité habituelle, voire dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles engendrées par l’artériopathie et la pathologie tumorale rénale.

Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts de la J._____ sur le plan somatique. En particulier, le seul médecin à s’être prononcé sur la problématique dorso-lombaire est le Dr L._____, lequel s’est toutefois contenté d’indiquer, dans son rapport du 7 novembre 2014, qu’il existait une péjoration des lombalgies, sans autre indication.

Partant, sur le plan somatique, aucune aggravation de l’état de santé du recourant depuis mai 2013 n’a été objectivement mise en évidence, si ce n’est une augmentation des lombalgies, pathologie considérée par l’intimé comme n’empêchant pas l’exercice d’une activité professionnelle adaptée. Il n’apparaît ainsi aucune aggravation importante de l’état de santé du recourant de nature à influencer négativement sa capacité de travail, laquelle a été fixée, respectivement confirmée à 70 % par les experts de la J._____.

bb) S’agissant du volet psychiatrique, l’intimé, se basant sur les conclusions des experts de la J._____, a retenu que le recourant ne présentait aucune atteinte psychique invalidante. L’intéressé allègue pour sa part une péjoration de son état de santé psychique occasionnant une incapacité totale de travail, telle qu’attestée par la Dresse B._____ dans ses rapports des 3 juillet 2017 et 15 février 2018.

Dans le rapport d’expertise du 12 avril 2016, le Dr P._____ a reconnu que l’assuré souffrait d’une pathologie psychique sous la forme

de troubles anxieux sans précision (F41.9), considérant que dite atteinte ne présentait pas de caractère incapacitant. Il a en particulier relevé que la symptomatologie dépressive mentionnée par l'assuré se trouvait en-dessous du seuil de la dépression même légère, au vu de l'absence de ralentissement psychomoteur, de troubles de la concentration ou de symptômes dépressifs comme une tristesse ou une baisse de l'estime de soi. L'intensité du trouble anxieux a en outre été relativisée compte tenu de l'absence d'affirmations spontanées du recourant s'agissant des symptômes d'anxiété, d'atypies dans la présentation des plaintes et de problèmes de cohérence. Les experts ont relevé chez l'assuré la prédominance d'un discours somatique alors que dans le contact clinique, il n'était aucunement apparu triste, figé, ralenti d'un point de vue psychomoteur ou visiblement anxieux. Forts de ces constats, ils ont considéré que les symptômes d'ordre psychique n'étaient pas suffisants pour générer des limitations fonctionnelles susceptibles d'abaisser la capacité de travail du recourant.

Contrairement à ce que soutient le recourant, les indications contenues dans les rapports de la Dresse B._____ ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise de la J._____. En effet, si la psychiatre traitante pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, entraînant chez l'intéressé une incapacité totale de travailler, elle se contente de relever chez lui une thymie triste, des idées noires sans idéation suicidaires, un sentiment de désespoir et d'injustice eu égard à sa situation avec l'assurance-invalidité, ainsi qu'une diminution de l'élan vital. En outre, comme le relève le SMR dans son avis du 10 août 2017, le traitement prescrit par la Dresse B._____ n'est aucunement en adéquation avec la sévérité du trouble dépressif diagnostiqué chez le recourant. En particulier, les doses recommandées par cette praticienne tant pour l'hypnotique que l'anti-dépresseur – soit 50 mg le soir – représentent la moitié de la posologie à prescrire en phase initiale de traitement ou chez des patients âgés ou affaiblis, ce qui n'est pas le cas de l'assuré, précisant que pour un état dépressif sévère, la posologie moyenne recommandée est de 300 mg, le maximum pouvant aller jusqu'à 600 mg par jour.

Les conclusions des experts de la J._____ apparaissent en outre d'autant plus probantes qu'elles sont également corroborées par celles posées par le Dr Q._____ dans son appréciation d'octobre 2012, qui posait déjà le diagnostic d'anxiété, lequel a également été jugé sans incidence sur la capacité de travail, alors même que le médecin traitant de l'assuré relevait à l'époque un état dépressif que le Dr Q._____ n'a jamais pu objectiver ni durant l'entretien, ni d'un point de vue anamnestique.

Partant, sur le plan psychiatrique, il n'existe aucune aggravation importante de l'état de santé du recourant de nature à influencer négativement sa capacité de travail. La situation de l'assuré sur le plan psychique s'avère en effet très largement superposable à celle ayant donné lieu à la décision du 3 mai 2013.

c) La décision entreprise n'apparaît dès lors pas critiquable en tant qu'elle retient une capacité de travail résiduelle de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

d) Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise médicale psychiatrique n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

6. Sur le plan économique, le recourant conteste le calcul de son degré d'invalidité, singulièrement le revenu avec invalidité tel qu'arrêté par l'OAI.

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut

raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (ATF 129 V 222 consid. 4.2).

b) En ce qui concerne le revenu sans invalidité, il doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente, respectivement à la date de la décision statuant sur les effets d'une modification de la situation de l'assuré (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et 128 V 174 consid. 4a).

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, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

b) 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 (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° 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).

c) 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'invalide 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).

7. **a)** En l’espèce, dans le cadre de la décision litigieuse, l’intimé a retenu que la situation médicale demeurant inchangée, le degré d’invalidité restait de 30 %. Dans ce cadre, l’OAI s’est contenté de reprendre les revenus avec et sans invalidité figurant dans la décision précédente, basés sur l’ESS 2010, et de les indexer à 2017. La comparaison des revenus a ainsi été établie en se basant sur un revenu sans invalidité de 63'614 fr. 26 et un revenu avec invalidité 44'529 fr. 98 ; il en découlait un préjudice économique de 19'084 fr. 28, correspondant à un degré d’invalidité de 30%.

Même si le résultat auquel parvient l’intimé est correct, soit que le taux d’invalidité du recourant est toujours de 30 %, dans la mesure où sa situation médicale n’a pas connu d’aggravation depuis la décision du 3 mai 2013 compte tenu d’une capacité de travail de 70 % qui demeure inchangée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il n’en demeure pas moins que l’OAI aurait dû se baser sur les données statistiques relatives à 2016, soit, pour les hommes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), un salaire de 5'340 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, TA 1, niveau de qualification 1). Compte tenu de la durée hebdomadaire du travail dans les entreprises en 2017 (41,7 heures) et de l’indexation à l’année 2017 (0.4 %), année déterminante pour la comparaison des revenus (art. 28 al. 1 LAI et consid. 6 *supra*), ce montant doit être porté à 5'589 fr. 20, correspondant à un salaire annuel de 67'070 fr. 60. Attendu que l’on peut attendre du recourant qu’il exerce une activité professionnelle à 70 %, le salaire hypothétique annuel est dès lors de 46'949 fr. 40.

Quant au revenu sans invalidité, le montant retenu par l’OAI doit également être revu et basé sur l’ESS 2016, indexé à 2017, soit un montant annuel de 67'070 fr. 60. Il s’ensuit que la perte de gain s’élève à 20'121 fr. 20, d’où un degré d’invalidité de 30 %.

b) Cela étant précisé, il convient d’examiner la question de l’abattement sur le revenu d’invalide. Le recourant allègue en effet qu’un

abattement de 15 % au moins aurait dû être appliqué sur le revenu avec invalidité afin de tenir compte de ses difficultés linguistiques, sa nationalité, son absence de formation, son âge et ses limitations fonctionnelles.

L'argumentation du recourant à cet égard ne saurait emporter la conviction. En effet, s'agissant plus particulièrement de l'absence de formation, il y a lieu de préciser qu'elle ne constitue pas un critère d'abattement du revenu statistique dans le cas particulier. En effet, la valeur statistique utilisée (ESS 2016 niveau 1) s'applique aux assurés qui conservent une capacité de travail dans des activités simples et répétitives et recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique ni de formation professionnelle. Ce facteur ne doit dès lors pas entrer en ligne de compte pour fixer l'abattement (à cet égard, voir TF 9C_458/2018 du 17 octobre 2018 consid. 4.1).

Par ailleurs, l'âge d'un assuré ne constitue pas *per se* un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement (TF 8C_103/2018 et 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a notamment jugé que l'âge de 60 ans ne constituait pas le seuil à partir duquel il peut être considéré qu'il peut être plus difficile de se réinsérer sur le marché du travail (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2). En l'espèce, l'assuré était âgé de 59 ans en 2017, de sorte que son âge ne peut pas être pris en considération. On précisera encore à cet égard qu'une capacité de travail de 70 % était raisonnablement exigible de la part de l'assuré depuis la précédente décision de l'OAI, alors qu'il était âgé de 55 ans, et qu'il n'a repris aucune activité professionnelle, au moins depuis 2007, pour mettre en valeur sa capacité de travail.

On ne voit au demeurant pas pour quelles raisons il devrait être tenu compte des difficultés linguistiques et de la nationalité du

recourant, dans la mesure où celui-ci résidait sans interruption en Suisse depuis plus de 25 ans lors de l'année d'ouverture du droit à la rente et qu'il était au bénéfice d'un permis B.

Quant à ses limitations fonctionnelles, force est de constater qu'elles ont déjà été prises en compte dans l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'intéressé.

Partant, c'est à bon droit que l'intimé n'a pas procédé à un quelconque abattement sur le revenu d'invalide de l'intéressé.

A titre superfétatoire, on relève que même un abattement de 10 % - lequel ne se justifie toutefois pas pour les raisons invoquées précédemment, ne saurait ouvrir le droit à la rente du recourant. En effet, en appliquant un taux d'abattement de 10 % sur le revenu d'invalide, celui-ci se monterait à 42'254 fr. 45, ce qui porterait la perte de gain à 24'816 fr. 15, soit un taux d'invalidité de 37 %, toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

8. **a)** En définitive, la décision attaquée du 21 novembre 2017 n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours introduit le 22 décembre 2017 par G._____ doit être rejeté.

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. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

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).

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 21 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de G._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente : La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour G._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :