

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} mars 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Berthoud et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourant,

et

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

**Art. 53 al. 1 LPGA ; 8, 28 et 36 al. 2 LAI ; 87 al. 3 RAI ; 29^{bis} ss
LAVS**

E n f a i t :

A. **a)** N. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est marié et père de trois enfants nés respectivement en [...] (issu d'une précédente union), [...] et [...]. Sans formation professionnelle certifiée, l'assuré a notamment exploité l'entreprise individuelle Peinture N. _____.

b) A la suite d'un accident professionnel intervenu le 22 janvier 2008, l'assuré a, le 19 juin 2008, déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

 A cette occasion, les diagnostics de lombalgies communes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs et d'un status post-traumatique (M54.9), ainsi que de conflit sous acromial de l'épaule droite après contusion de l'épaule droite (M75.4) ont été posés. L'assuré présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle, mais conservait une capacité entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles à compter du mois d'avril 2008 (rapport du 22 décembre 2008 du Dr A. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie).

 Le 6 juillet 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) a rendu une décision de refus de prestations au motif que l'assuré pouvait exercer une activité adaptée à un taux de 100 % et que le revenu qu'il pouvait escompter de cette activité était sensiblement identique à celui réalisé avant son atteinte à la santé. Suite au recours formé par l'assuré, cette décision a été confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans un arrêt du 11 mars 2011 (AI 395/09 - 276/2011).

c) Par courrier du 14 mars 2013 adressé à l'Office AI, l'assuré a sollicité le réexamen de son dossier. Dans sa décision du 27 août 2013, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur cette demande.

L'assuré a réitéré sa requête le 2 mars 2015.

Dans ce cadre, le Dr U._____, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de lésions musculo-tendineuses contuses de l'épaule gauche et d'état anxio-dépressif réactionnel. Il a en outre expliqué que l'assuré avait été victime d'un accident de voiture le 26 avril 2013, qui avait aggravé son état physique et psychique déjà précaire. Enfin, s'agissant de la capacité de travail, ce médecin a retenu qu'elle était nulle dans son domaine habituel de la construction (rapports des 9 décembre 2014, 25 mars et 23 avril 2015).

Dans un avis du 10 août 2015, le Dr T._____, spécialiste en médecine du travail et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que les lésions musculo-tendineuses n'étaient pas rendues plausibles, en particulier qu'il n'existait ni radiographies, ni consultations orthopédiques ou rhumatologiques, et que l'état anxio-dépressif réactionnel n'était pas incapacitant.

Par décision du 13 octobre 2015, l'Office AI a derechef refusé d'entrer en matière sur la demande de l'assuré.

d) Le 11 avril 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.

Selon un rapport médical daté du même jour, le Dr U._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif récurrent depuis janvier 2015, de lombalgies, sacralgies et omalgies droites en lien avec l'accident du 22 janvier 2008, d'omalgies gauche et droite consécutives à l'accident du 26 avril 2013, ainsi que de syndrome post-traumatique faisant suite à une agression du mois de juin 2015. L'assuré présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle. Seule une activité en position assise limitée à 3 heures par jour pouvait être exigée, étant précisé que le port de charge était limité à 5 kg.

Ce médecin a par ailleurs mentionné que l'assuré présentait surtout une pathologie de nature psychiatrique pour laquelle il était suivi.

Dans un avis du 13 juillet 2017, la Dresse W._____, spécialiste en chirurgie et médecin auprès du SMR, a relevé ce qui suit :

« Le rapport médical du Dr U._____ ne contient pas d'anamnèse intermédiaire, ne décrivant ni les circonstances dans lesquelles l'agression de 2015 se serait déroulée, ni les symptômes médicaux ; le status clinique est absent.

Les examens para cliniques/consilium justifiant la détérioration de l'état de santé de l'assuré au plan somatique n'apparaissent pas en pièce jointe ; le même vaut pour ce qui concerne l'atteinte au plan psychiatrique, pour laquelle il a été seulement mentionné un diagnostic nouveau sans l'adéquat appui d'un rapport médical rempli par le psychiatre traitant.

Pour une entrée en matière, nous proposons que l'assuré nous fournisse des documents médicaux détaillés, précis et convaincants ».

Par projet de décision du 21 juillet 2017, l'Office AI a informé l'assuré qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa demande.

Dans un rapport du 16 octobre 2017, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F62.0), de lombalgies, sacralgies et omalgies droites post-traumatiques (janvier 2008), d'omalgies côté droit et gauche post-accident de la circulation en avril 2013 et de syndrome de stress post-traumatique, post-agression en juin 2015. Il a par ailleurs estimé que, depuis le 1^{er} avril 2016, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle au vu de l'âge de l'assuré, du métier qu'il exerçait, de l'évolution de son état psychique avec régression et apparition de symptômes psychotiques, de la limitation presque complète des mouvements des deux épaules, ainsi que de l'exacerbation de la symptomatologie physique. L'incapacité était également complète avec un rendement quasi nul dans une activité adaptée. Selon ce médecin, on ne devait plus s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, ni à une amélioration de la capacité de travail.

Dans un second avis du 21 octobre 2017, la Dresse W. _____ a relevé que les éléments cliniques mis en évidence par le Dr Q. _____ étaient cohérents et rendaient vraisemblable une aggravation de l'état de santé de l'assuré sur le plan psychiatrique. Une incapacité totale de travail dans toute activité pouvait être reconnue à compter du 1^{er} avril 2016, comme attesté par le Dr Q. _____.

Par projet d'acceptation de rente du 9 février 2018, l'Office AI a indiqué à l'assuré qu'il entendait lui allouer une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2017.

Par décision du 3 avril 2018, l'Office AI a entièrement confirmé son projet de décision du 9 février 2018.

B. Le 2 mai 2018, N. _____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité devait lui être accordée à compter du mois de janvier 2008, subsidiairement à compter du mois de janvier 2015.

Par réponse du 6 juillet 2018, l'Office AI a conclu au rejet du recours, se référant notamment au rapport du Dr Q. _____ au sein duquel une incapacité totale de travail dans toute activité était évoquée pour la première fois.

Répliquant le 27 août 2018, l'assuré a également contesté le montant de la rente.

Par courrier du 19 septembre 2018, l'Office AI a produit le dossier de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse), ainsi que les déterminations du 14 septembre 2018 de cette dernière. Dans ce cadre, la Caisse a expliqué les étapes qui l'ont conduite à fixer le montant de la rente. Après avoir retenu trente-et-une années de

cotisations en Suisse, équivalent à une échelle de rente 34, elle avait calculé le revenu annuel moyen de la manière suivante :

•	Somme des revenus de 1985 à 2016 selon l'extrait de compte	Fr.	422'759.00
x	Facteur de revalorisation (1.000)	Fr.	422'759.00
÷	Durée de cotisations (30 ans et 8 mois) (les mois cotisés durant l'année du droit à la rente ne sont pas pris en compte)		
=	Moyenne des revenus	Fr.	13'786.00
+	Moyenne des bonifications pour tâches éducatives		
	Triple de la rente annuelle minimale x nombre de mois de bonifications pour tâches éducatives	(Fr. 1'175.-- x 3 x 12) x 96	
		→	= Fr. 11'035.00
	durée de cotisations (en mois)	368	
•	Revenu annuel moyen déterminant	Fr.	24'803.00
•	Revenu annuel moyen (selon Table des rentes 2017)	Fr.	25'380.00

Le 15 octobre 2018, l'assuré a persisté dans ses conclusions et ses griefs.

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 le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le début du droit à la rente et le montant de celle-ci.

3. a) En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues.

Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force. Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (cf. ATF 135 V 215 consid. 4 et 5).

Plus particulièrement, l'art. 53 al. 1 LPGA prévoit que les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

b) En l'occurrence, on peut se demander, au vu de l'argumentation du recourant, si celui-ci ne se prévaut pas d'une révision procédurale pour revenir sur la décision entrée en force du 6 juillet 2009.

Par cette décision, l'intimé a dénié au recourant le droit à une rente au motif qu'il pouvait exercer une activité adaptée à un taux de 100 % et que le revenu qu'il pouvait escompter de cette activité était sensiblement identique à celui réalisé avant son atteinte à la santé.

Or, force est de constater que le dossier ne met en exergue aucun élément qui justifierait de procéder à une révision procédurale de cette décision. En particulier, les rapports du Dr U. _____ n'apportent pas d'éléments nouveaux qui n'auraient pas été connus à cette époque.

Compte tenu de ce qui précède, il ne saurait être revenu sur l'état de santé du recourant et son taux d'invalidité antérieurement à la décision du 6 juillet 2009, laquelle est entrée en force et confirmée par le jugement de la Cour de céans du 11 mars 2011.

Il convient dès lors d'examiner le droit à la rente du recourant uniquement au regard de sa nouvelle demande de prestations du 11 avril 2017, pour la période postérieure au 6 juillet 2009.

4. a) Lorsque la rente a été refusée une première fois 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]; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants

(cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a).

Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 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 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 ; 130 V 71 consid. 3.2).

b) En l'occurrence, sur le plan somatique, il n'existe aucun élément nouveau qui conduirait à porter un regard différent sur l'état de santé du recourant et sa capacité de travail. Il n'apparaît pas que les lombalgies ayant motivé la première demande de prestations du recourant se sont aggravées postérieurement à la décision du 6 juillet 2009, ni qu'une autre atteinte aurait eu une incidence sur sa capacité de travail (cf. notamment avis du Dr T._____ du 10 août 2015), étant précisé que l'intimé a rendu deux décisions de non-entrée en matière durant la période concernée.

Il est encore relevé que le rapport du 11 avril 2017 du Dr U._____ n'est étayé par aucun élément objectivable, ce médecin semblant s'être principalement fié aux plaintes subjectives exprimées par le recourant. Il convient ainsi de suivre l'avis du 13 juillet 2017 de la Dresse W._____ et de conclure que le rapport du Dr U._____ n'est pas suffisant pour établir une détérioration de l'état de santé de l'assuré sur le plan somatique.

En revanche, depuis la précédente décision au fond rendue par l'intimé le 6 juillet 2009, l'état de santé psychique du recourant s'est détérioré, tel que cela ressort en particulier du rapport du Dr Q._____. Selon ce médecin, le recourant souffre désormais d'un trouble psychique totalement incapacitant. Cette nouvelle atteinte constitue une modification substantielle de l'état de santé du recourant au sens de la jurisprudence citée *supra*. Il sera en outre relevé que le Dr U._____ a lui-même admis que le recourant présentait surtout une pathologie de nature psychiatrique.

Il convient ainsi d'examiner la modification du degré d'invalidité du recourant et les conséquences y relatives au regard de cette nouvelle atteinte sur le plan psychique.

5. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend par ailleurs naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 LAI al. 3).

b) Selon la jurisprudence, la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus d'une première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références ; TF 9C_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 3.2 et les références). Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse en effet d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2 ; 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 et les références). En présence de deux cas d'assurance différents, le droit à une rente est subordonné à l'écoulement de la période de carence imposée par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, ce pour chacune des situations données. Dans un tel cas, une application par analogie des art. 29^{bis} et 88a al. 2 RAI n'entre pas en considération (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1235 p. 342 et n° 2029 p. 537, et les références).

c) 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).

Fondés sur l'art. 59 al. 2^{bis} LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 LAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

6. a) En l'occurrence, l'atteinte psychique du recourant constitue une nouvelle atteinte, indépendante et totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations.

En effet, l'atteinte incapacitante à l'origine de la précédente procédure consistait en des lombalgies communes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs et d'un status post traumatique (M54.9), ainsi qu'en un conflit sous acromial de l'épaule droite après contusion de l'épaule droite (M75.4), alors que l'atteinte liée à la demande du 11 avril 2017 consiste principalement en des troubles psychiques, dont il n'est pas établi qu'ils présenteraient un quelconque lien avec les premières atteintes. Il s'agit donc de deux cas d'assurance différents entraînant pour conséquence qu'il doit être tenu compte de la période de carence imposée par l'art. 28 al. 1 let. b LAI s'agissant de la nouvelle atteinte.

b) Cela étant dit, la nature totalement incapacitante, dans tout type d'activité, de la nouvelle atteinte n'est pas contestée de sorte que le taux d'invalidité ne doit pas être discuté. A ce stade, seule la question du début du droit à la rente est litigieuse.

Pour déterminer la date de départ de la longue maladie incapacitante, l'intimé s'est fondé sur l'avis de la Dresse W._____, qui reprenait les termes du rapport du Dr Q._____. A cet égard, il convient de constater que ces médecins ont établi leur avis, respectivement rapport en pleine connaissance de l'anamnèse du recourant et de son dossier médical. Le rapport du Dr Q._____ est en outre clair et détaillé, de sorte qu'il répond aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer entière valeur probante.

Par ailleurs, aucune pièce du dossier ne permet de retenir que l'atteinte psychique du recourant aurait revêtu un caractère incapacitant avant la date retenue par le Dr Q._____. Le Dr T._____ a en particulier indiqué dans son avis du 10 août 2015 que l'état anxio-dépressif réactionnel n'était pas incapacitant. Quant aux constatations du Dr U._____ dans son rapport du 11 avril 2017, elles ne permettent pas de

remettre en question les conclusions étayées du Dr Q._____, ni les avis concordants des médecins du SMR. Il n'est dès lors pas possible d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante que la capacité de travail du recourant était durablement réduite en raison de son trouble psychique avant le début de son suivi auprès du Dr Q._____, soit en particulier dès le mois de janvier 2015.

C'est ainsi à juste titre que l'intimé a fixé le début de la longue maladie au 1^{er} avril 2016, comme attesté par le Dr Q._____.

c) Dans cette mesure, le droit à une rente pouvait théoriquement s'ouvrir à compter du 1^{er} avril 2017, au vu du délai de carence d'une année. Compte tenu du fait que le dépôt de la demande est intervenu le 11 avril 2017, le droit à la rente ne s'est effectivement ouvert qu'à compter du 1^{er} octobre 2017, après l'écoulement du délai de six mois de l'art. 29 al. 1 LAI.

Par conséquent, force est de constater que l'intimé a correctement appliqué les dispositions légales relatives à la naissance du droit à la rente dans sa décision litigieuse.

7. Dans un autre grief, le recourant semble également contester le montant la rente.

a) Selon l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires.

En vertu de l'art. 29^{bis} al. 1 LAVS, le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré. La durée de cotisation est réputée complète lorsqu'une

personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge (art. 29^{ter} al. 1 LAVS).

b) En l'occurrence, la Caisse a retenu que le recourant avait cotisé à l'AVS à son arrivée en Suisse dès l'année 1985, ce jusqu'au mois de novembre 1990, puis de janvier à juin 1991, et enfin sans interruption dès le mois de janvier 1992.

Les périodes de cotisations entre le 31 décembre précédant la réalisation du cas d'assurance et la naissance du droit à la rente peuvent être prises en compte pour combler les lacunes de cotisations ; les revenus provenant d'une activité lucrative réalisés durant cette période ne sont toutefois pas pris en considération pour le calcul de la rente (art. 52c RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101]). L'invalidité du recourant ayant été reconnu en avril 2017, il y a lieu d'ajouter, pour la détermination de l'échelle de rente uniquement, quatre mois à la durée de cotisations, aboutissant à un assujettissement total de 31 ans et un mois.

L'année de naissance du recourant est [...]. Lors de la survenance du cas d'assurance en 2017, la durée de cotisations de la classe d'âge de référence était de 41 ans pour obtenir une rente complète de l'échelle 44 (cf. Table des rentes 2015, rubrique « Table des classes d'âge », éditée par l'Office fédéral des assurances sociales, valable dès le 1^{er} janvier 2015).

Ainsi, au vu de la durée d'assujettissement de l'assuré et de celle de la classe d'âge de référence, l'échelle de rente applicable est, tel que retenu par la Caisse, l'échelle 34, correspondant au 77,27 % de la rente complète (cf. Tables des rentes précitée, rubrique « Indicateur d'échelles » ; art. 52 al. 1 RAVS).

A ce stade, il sied en outre de relever que la Caisse a procédé à des simulations de calcul pour tenir compte des déclarations du recourant qui a allégué être entré en Suisse en 1978 et avoir été à

nouveau domicilié en Suisse dès avril 1991. Le résultat de ces calculs ne conduisait cependant pas à un résultat différent.

c) Selon l'art. 29^{quater} LAVS, la rente est également calculée en fonction du revenu annuel moyen. Celui-ci se compose notamment des revenus de l'activité lucrative (art. 29^{quater} let. a LAVS) sur lesquels des cotisations ont été versées (art. 29^{quinquies} al. 1 LAVS). Il est établi pour chaque assuré tenu de payer des cotisations des comptes individuels où sont portées les indications nécessaires au calcul des rentes ordinaires (art. 30^{ter} al. 1 LAVS).

En l'occurrence, l'extrait de compte individuel du recourant indique que pour la période déterminante (1985 à 2016), ses revenus se sont montés à 422'759 francs. Tel que relevé par la Caisse, il n'existe aucun justificatif de revenus qui auraient été réalisés entre 1978 et 1979.

La somme des revenus de l'activité lucrative doit ensuite être revalorisée en fonction de l'indice des rentes prévu à l'art. 33^{ter} LAVS. L'Office fédéral des assurances sociales fixe chaque année les facteurs de revalorisation de la somme des revenus de l'activité lucrative (art. 30 al. 1 LAVS et art. 5^{bis} al. 1 RAVS).

En l'espèce, au vu de la date d'entrée du recourant dans l'assurance, le facteur de revalorisation pour l'année 2017 est de 1,000 (cf. Table des rentes précitée, rubrique « Facteurs forfaitaires de revalorisation calculés en fonction de l'entrée dans l'assurance »). Le montant des revenus demeure ainsi à 422'759 francs.

Ce revenu doit ensuite être divisé par le nombre d'années de cotisations (art. 30 al. 2 LAVS), à savoir 30 ans et 8 mois pour l'assuré (les mois cotisés durant l'année du droit à la rente n'étant pas pris en compte). Par conséquent, la moyenne des revenus se monte à 13'786 fr. (422'759 / 30 ans et 8 mois [368] x 12).

d) Il convient en outre de tenir compte des bonifications pour tâches éducatives.

Les bonifications éducatives sont attribuées pour les années durant lesquelles une personne avait des enfants âgés de moins de seize ans alors qu'elle était assurée. Il y a toujours lieu de prendre en compte des années entières d'éducation. Aucune bonification n'est ainsi octroyée pour l'année de la naissance du droit à la bonification pour tâches éducatives (art. 52f al. 1 RAVS). Le montant de telles bonifications correspond au triple de la rente de vieillesse annuelle minimale au moment de la survenance du cas d'assurance (art. 29^{sexies} al. 2 LAVS). Lorsque les parents sont mariés, la bonification pour tâches éducatives est partagée par moitié durant les années civiles de mariage commun. La répartition ne porte cependant que sur les bonifications acquises au cours de la période comprise entre le 1^{er} janvier de l'année suivant celle durant laquelle la personne a atteint 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation de l'évènement assuré pour le conjoint qui, le premier, a droit à la rente (art. 29^{sexies} al. 3 LAVS). La bonification pour tâches éducatives correspondant à l'année de la dissolution du mariage ou à l'année du décès de l'un des parents est octroyée au parent auquel l'autorité parentale a été attribuée ou au parent survivant (art. 52f al. 2 RAVS). La moyenne des bonifications pour tâches éducatives résulte de la division des bonifications pour tâches éducatives à prendre en compte, par la durée de cotisations déterminante pour le calcul de la moyenne des revenus de l'activité lucrative.

En l'espèce, le recourant a eu un premier enfant en [...] sur lequel il a exercé l'autorité parentale jusqu'en [...], date à laquelle il a divorcé de la mère de l'enfant. Deux enfants nés en [...], respectivement [...] sont issus de son union maritale subséquente. Considérant qu'il convient de prendre en compte les années entières, les bonifications pour tâches éducatives doivent être retenue de [...] à [...], puis de [...] à [...], soit 16 ans que le recourant doit partager avec ses épouses respectives. La rente de vieillesse annuelle minimale au moment de la survenance du cas d'assurance, en 2017, s'élevait à 1'175 fr. mensuels multipliés par 12

mois (cf. Table des rentes précitée, échelle 44). Le montant à retenir pour les bonifications est donc de 11'035 fr. ($[1'175 \times 3 \times 12] \times 96 / 368$).

e) Le revenu annuel moyen déterminant se monte dès lors à 24'821 fr., soit 13'786 (moyenne des revenus) + 11'035 fr. (bonifications pour tâches éducatives). Selon l'échelle 34 de la Table des rentes précitées, ce montant est arrondi à 25'380 fr. et correspond à une rente entière d'invalidité de 1'097 fr. par mois, telle que fixée dans la décision attaquée. A titre superfétatoire, il est précisé que le montant de 24'803 fr. mentionné dans les déterminations de la Caisse relève vraisemblablement d'une erreur de plume, laquelle n'a, en tout état, aucune incidence sur le montant de la rente, ce chiffre devant également être ramené à 25'380 fr. selon l'échelle 34 de la Table des rentes.

Au vu de ce qui précède, le montant de la rente de 1'097 fr. retenu dans la décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique.

8. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 3 avril 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

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

- 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 :

- N._____;
- 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 :