

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juillet 2021

Composition : M. NEU, président
MM. Bonard et Küng, assesseurs
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

Z. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat
à Lausanne,

et

A. _____, à Vevey, intimé.

**Art. 6 s., 16, 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2
et 3 RAI**

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant turc, né en 1962, sans formation, devenu monteur de lignes à hautes tension dès l'âge de 19 ans (pour [...]), a cessé d'exercer cette activité le 27 novembre 2006 (à l'âge de 44 ans), après plusieurs arrêts de travail intervenus en raison de troubles lombaires en 2004 et 2005. Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 14 février 2007, tendant au reclassement professionnel.

Après avoir recueilli plusieurs évidences médicales, notamment de la part du médecin traitant de l'intéressé, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a invité l'assuré à se soumettre à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique en date du 14 novembre 2008, effectué par le Dr W._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, et la Dresse Y._____, ancienne cheffe de clinique adjointe en psychiatrie. Ces médecins ont, à l'occasion de leur rapport du 2 décembre 2008, retenu que l'assuré ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant. Sa capacité de travail exigible était de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

Par avis médical du 19 décembre 2008, le Dr V._____, médecin-chef adjoint du SMR, a résumé la situation comme suit :

"Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ci-dessus, la capacité de travail est de 100% sans diminution de rendement depuis début 2007. Cette appréciation médicale prend en compte les atteintes organiques mais ne tient pas compte de la composante non-organique mise en évidence par l'amplification des plaintes.

Un stage d'observation à l'ORIPH a été interrompu en raison de plaintes douloureuses et de l'incapacité de l'assuré à faire le deuil de son ancienne activité et à se projeter dans l'avenir. L'exigibilité médicale est inchangée et les causes de l'échec du stage ne relèvent pas de l'atteinte à la santé".

Le 28 janvier 2009, l'OAI a rendu un projet de décision niant le droit à une rente d'invalidité au motif que l'assuré présentait, après

comparaison des revenus sans et avec invalidité, un taux d'invalidité de 38% excluant ce droit. Ce projet de décision a été confirmé par décision du 28 avril 2009.

Cette décision a été déférée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 2 juin 2009.

D'entente entre les parties, une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été confiée au Centre d'expertise médicale de [...] (ci-après : CEMED). Au terme d'un examen clinique effectué le 19 août 2010 par les Drs M. [...], spécialiste en rhumatologie et U. [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le rapport d'expertise a été produit le 24 novembre 2010. Les experts n'ont retenu aucun argument pour justifier une incapacité de travail. L'état thymique du recourant restait problématique mais pouvait s'améliorer avec une nouvelle activité professionnelle. Il n'y avait ainsi aucune raison de s'écarter de l'appréciation du SMR en 2008.

Examinant le calcul d'invalidité effectué par l'OAI, la Cour de céans (arrêt AI 274/09 - 173/2012 du 21 mai 2012) a porté le taux d'abattement de 10% à 15%, accordé un quart de rente d'invalidité au recourant dès le 1^{er} août 2008 et partant, partiellement admis le recours du recourant.

B. Le 22 avril 2013, Z._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. A l'appui de cette demande, l'assuré a produit un rapport établi le 16 avril 2013 par le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. À titre de synthèse, ce médecin retenait une aggravation de l'état de santé par rapport à l'expertise médicale du CEMed du 19 août 2010, ayant trait à l'appareil locomoteur. Cette aggravation était motivée par l'apparition d'un double crush syndrome au niveau vertébral lombaire, dû au spondylolisthésis de la 5^{ème} vertèbre lombaire sur la 1^{ère} sacrée, avec deux lésions neurologiques établies au niveau des racines droites. Ce spondylolisthésis était qualifié de grave par le Dr Q._____. Il existait des

lésions dégénératives du rachis cervical qui n'avaient pas été notées. L'aggravation était également en lien avec l'apparition d'un nouveau diagnostic, soit celui de gonarthrose bilatérale à prédominance droite lésant principalement le compartiment interne.

Le Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr T._____, s'est prononcé le 17 juin 2014 sur l'expertise du Dr Q._____ et a observé une aggravation effective de la situation au niveau de la colonne vertébrale et au niveau des genoux. Pour le SMR, il convenait d'interpeller l'assuré afin de savoir si une intervention chirurgicale était prévue, pour ensuite évaluer la capacité de travail six mois après cette intervention.

Le 9 juillet 2015, le Dr T._____, devant une situation qui ne progressait pas, a décidé de mettre en œuvre une expertise orthopédique, confiée au Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Dans son rapport du 31 août 2016, le Dr J._____ a retenu les diagnostics - ayant une influence sur la capacité de travail - de lombalgies basses chronicisées occasionnées par une spondylose L5-S1 après spondylolisthésis de degré II L5-S1, survenu vraisemblablement en 1988 sur spondylolyse isthmique, et d'omalgies droites invalidantes occasionnées par une très vraisemblable tendinopathie dégénérative sévère, voire une déchirure tendineuse de la coiffe des rotateurs. En tant que pathologies dénuées de répercussion sur la capacité de travail, le Dr J._____ a mentionné une obésité, un diabète non insulino-dépendant de type II, et un état dépressif réactionnel. Ce spécialiste ne voyait aucune capacité de travail résiduelle chez l'assuré.

Suivant les recommandations de son service médical, l'OAI a interpellé le 10 octobre 2016 le Dr J._____ afin de déterminer précisément la date de l'aggravation qui avait induit cette incapacité de travail, et d'estimer la capacité de travail médico-théorique de l'intéressé dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles présentées.

Le Dr J._____ a répondu le 16 novembre 2016, estimant que la capacité de travail de l'assuré était nulle au dernier jour de son dernier stage de réinsertion professionnelle (en 2012), dit stage s'étant soldé par un échec en raison de ses atteintes orthopédiques, sous la forme de douleurs lombaires, de gonalgies et d'omalgies.

Cette analyse n'a cependant pas trouvé grâce aux yeux du SMR, qui, par le biais du Dr D._____, a estimé le 23 janvier 2017 que les éléments rapportés, strictement médicaux, n'apparaissaient pas comme suffisamment convaincants pour retenir une aggravation depuis l'évaluation de 2008 et de 2010.

Le 27 février 2017, suivant la position du SMR, un projet de décision fut adressé à l'assuré lui indiquant que l'OAI allait rejeter sa demande de prestations. Sa capacité de travail exigible apparaissait en effet comme inchangée, aucun élément objectif ne confirmant une aggravation susceptible de modifier son droit à la rente de l'assurance-invalidité.

Le 11 mars 2017, Z._____ s'est opposé à ce point, faisant valoir qu'il était effectivement atteint dans sa santé psychique, problématique passée sous silence lors de l'instruction. L'intéressé a également produit un rapport médical du 10 avril 2017, établi par la Dre B._____, spécialiste en médecine interne, faisant état d'une importante dépression, réactionnelle en partie aux douleurs chroniques présentées.

Entamant l'instruction psychiatrique du tableau clinique, l'OAI a interpellé le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le 28 juin 2017, ce médecin a constaté chez l'assuré la présence d'un trouble de l'adaptation, d'une réaction dépressive prolongée, d'un trouble délirant persistant ainsi que d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile. La combinaison de ces diagnostics et des troubles somatiques précédemment constatés empêchait l'assuré d'exercer la moindre activité professionnelle, même à un taux minime. Vu

la chronicité de la pathologie, le pronostic restait défavorable. Il était ainsi inconcevable de s'attendre à une reprise d'activité professionnelle.

Ayant pris connaissance de ces nouveaux éléments, le SMR, afin de se déterminer objectivement sur les critères médicaux potentiellement incapacitants, a proposé l'établissement d'une expertise en psychiatrie.

L'expertise ainsi préconisée s'est déroulée au Centre neuchâtelois de psychiatrie et fut confiée au Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 2 juillet 2018, ce médecin a constaté la présence chez l'intéressé d'un trouble anxieux et dépressif mixte. Il identifiait également la présence de traits de personnalité plutôt anankastique dans le sens d'un perfectionnisme, d'une scrupulosité et d'une certaine rigidité. Cette manière d'être ne devait pas être qualifiée de pathologique mais s'inscrire dans le large spectre de la normalité. Elle fragilisait l'intéressé en réduisant ses capacités à s'adapter au changement, déjà limitées par l'absence de formation. Le Dr L._____ a estimé que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré était pleine.

Au vu du résultat de l'expertise du Dr L._____, le Dr D._____, du SMR, a conclu qu'aucune péjoration de l'état de santé n'avait été documentée (avis médical du 11 octobre 2018).

Par décision du 24 octobre 2018, l'OAI a ainsi confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations de l'assuré.

C. a) Par acte du 26 novembre 2018, Z._____, par son conseil Me Olivier Carré, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en son annulation, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 16 avril 2013 et subsidiairement au renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il contestait en substance la validité des avis médicaux du SMR, des rapports établis par les spécialistes mandatés par l'office AI ainsi que

l'expertise du Dr L._____. Il regrettait l'attitude parfaitement biaisée de l'OAI consistant à obtenir à tout prix un avis médical qui justifie le refus d'une rente.

b) Dans sa réponse du 23 janvier 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée. Enumérant les raisons pour lesquelles on ne pouvait suivre les conclusions du Dr J._____, il en inférait que l'état de santé psychiatrique n'avait pas subi d'aggravation notoire.

c) Répliquant le 9 avril 2019, le recourant a confirmé ses conclusions, il faisait valoir que les conclusions du Dr J._____ étaient probantes et ne pouvaient être valablement remises en question par le seul avis médical du Dr D._____ du SMR.

d) Par duplique du 30 avril 2019, l'OAI a rappelé que seules les observations médicales importaient dans l'évaluation de la capacité de travail, au contraire des arrêts de travail qui pouvaient être motivés par des considérations subjectives. L'office relevait également que le rapport du Dr X._____ ne contenait pas d'éléments objectivement vérifiables et suffisamment pertinents propres à contredire les résultats de l'examen psychiatrique du Dr L._____.

e) Le 19 juillet 2019, le recourant a fait valoir que les constatations du Dr X._____ méritaient une reconsidération. Plus généralement, l'intéressé remarquait que ses arguments n'avaient pas été fondamentalement remis en cause par l'OAI.

D. **a)** Le 13 mars 2020, le juge instructeur a mis en œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire, confiée à [...], [...], à [...], et rédigé par les Drs S._____, spécialiste en médecine interne, Dirk R._____, spécialiste en rhumatologie, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

b) Dans leur rapport d'expertise judiciaire du 8 décembre 2020, les Drs S._____, R._____ et F._____, au terme d'une appréciation consensuelle, ont retenu les diagnostics de cervico-lombo-pseudo-sciatalgies chroniques non spécifiques avec des troubles dégénératifs spondylolisthésis L5-S1 (non progressifs), d'omalgies droites chroniques non spécifiques, de gonalgies bilatérales et de dysthymie. Ces pathologies entraînaient une incapacité de travail totale depuis 2006 dans l'activité habituelle de monteur de réseau spécialisé. Cependant, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était estimée à 80% (100% horaire avec une baisse de rendement de 20% en raison de la chronicité des douleurs). Les experts d'[...] ont motivé la présence d'une capacité de travail dans une activité adaptée comme suit :

« Les cervico lombo-pseudo-sciatalgies chroniques avec troubles dégénératifs spondylolisthésis L5-S1 associés à des omalgies droites chroniques non spécifiques et des gonalgies bilatérales limitent l'expertisé pour toute activité physiquement lourde. Pour cette raison, dans l'activité habituelle de monteur de réseau spécialisé dans le travail sous lignes à haute tension et chauffeur de camion, sa capacité de travail est nulle depuis au moins 2006 et ceci de façon définitive.

Cependant, dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées, la capacité de travail médico-théorique est complète depuis au moins 2006 jusqu'à la fin 2012 et à 80% (100% horaire avec baisse de rendement de 20%) depuis fin 2012 jusqu'à actuellement. Nous pouvons admettre une baisse de rendement de 20% à raison de la chronicité des douleurs depuis 2012, suite à la reprise du suivi par le médecin et l'adaptation de traitement antalgique selon le rapport de X._____ du 14 janvier 2015.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail et cela quelle que soit l'activité envisagée. Le diagnostic de dysthymie (F34.1) ne limite pas l'expertisé actuellement.

Nous estimons que sa capacité de travail est restée stable jusqu'à actuellement et va probablement rester stable dans le futur. »

c) Réagissant en date du 19 janvier 2021, le recourant a émis de sérieux doutes quant à la crédibilité de l'expertise judiciaire, cette dernière se basant essentiellement sur d'anciennes pièces médicales, sans avoir procédé à des examens, ou avoir demandé l'établissement d'examens complémentaires. Le rapport du Dr Q._____ avait notamment été totalement passé sous silence. Il soutenait en outre que sa

capacité économique résiduelle s'était péjorée depuis le dernier arrêt de la Cour de céans. Compte tenu de l'abattement proposé par les experts, soit 20%, qu'il convenait de porter à 25%, et des péjorations et affections nouvelles, une rente d'invalidité de trois quarts, à tout le moins une demie rente, devait être envisagée.

d) L'OAI a produit d'ultimes déterminations par acte du 8 février 2021, relevant que les restrictions physiques et la baisse de productivité y relative avaient été prises en considération dans la fixation de la capacité résiduelle de travail, et qu'il ne se justifiait ainsi pas d'en tenir compte outre mesure. L'office n'émettait en outre aucune remarque quant aux critiques émises par le recourant à l'encontre de l'expertise judiciaire effectuée.

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 à la suite de sa nouvelle demande du 22 avril 2013.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) 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.

c) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

4. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 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 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

5. **a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 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) 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. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent

des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

6. a) En raison d'importantes divergences d'avis, singulièrement entre ceux exprimés par les Dr X._____ et L._____ ainsi qu'entre celui du Dr J._____ et les considérations du SMR, une expertise judiciaire a été mise en œuvre.

b) En l'espèce, on constate que l'expertise judiciaire est pleinement probante, fruit de trois rapports complets de spécialistes, d'exams cliniques et d'un consilium clair, qui, après discussion des avis divergents, ne laisse place à aucune contradiction dans sa motivation, tant sur le plan des diagnostics que celui des limitations fonctionnelles retenues et des répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Les conclusions des experts ont ainsi été motivées à satisfaction.

Les critiques du recourant quant à l'absence de la signature du Dr R._____ apposée au consilium ne sauraient suffire à mettre en doute l'analyse présentée par les médecins d'[...], étant précisé que le rapport du Dr R._____ a été effectivement discuté et pris en compte dans l'élaboration des conclusions du rapport global. On ne saurait dès lors considérer que cet expert n'a pas pris part à l'évaluation consensuelle. D'ailleurs, sur le plan somatique, ce sont essentiellement les diagnostics posés par le Dr R._____ qui ont été retenus lors du consilium. Quant au grief portant sur le fait que ce médecin n'aurait pas tenu compte du dossier AI, le recourant se méprend quant au déroulement d'une expertise pluridisciplinaire, conduite en l'occurrence « *lege artis* ». Le dossier de l'assurance-invalidité, dont le rapport du Dr Q._____, a été analysé en profondeur par le Dr S._____, qui a été le répondant du mandat d'expertise. Le Dr R._____ y renvoie d'ailleurs expressément.

c) Il y a donc lieu de suivre le rapport d'expertise, pleinement probant, et de retenir que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20% dès 2012.

7. Le recourant soutient qu'en vertu de l'abattement de 20% retenu par les experts, qu'il conviendrait de porter à 25%, ainsi que les péjorations et les affections nouvelles, une rente d'invalidité de trois-quarts ou à tout le moins une demie rente, devait être envisagée.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

b) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). A défaut de disposer de renseignements concrets fiables sur ce gain au moment de la décision administrative litigieuse, la jurisprudence considère que le revenu hypothétique peut être évalué sur la base des statistiques salariales, telles qu'elles résultent de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), publiée

par l'Office fédéral de la statistique ([OFS] ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

c) Concernant le revenu d'invalidé, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, il peut également être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Cas échéant, il peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

d) Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (TFA I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 6.1).

8. a) Par arrêt du 21 mai 2012 (AI 274/09 - 173/2012), entré en force, la Cour de céans a retenu un revenu sans invalidité de 89'208 fr., indexé à l'année 2008. Ce salaire sans invalidité peut être repris. Compte tenu de la nécessaire indexation à l'année 2013, année de la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant, il convient de porter ce revenu à 88'757 fr. 25.

b) Concernant le revenu avec invalidité, il sied en premier lieu de constater, au vu des pièces produites, que le recourant n'a pas exercé d'activité lucrative dans une profession adaptée, respectivement une activité à même de pleinement valoriser sa capacité de travail résiduelle.

Il convient ainsi de se référer au salaire statistique en vigueur pour l'année 2013 concernant des activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services. On doit en effet admettre qu'un nombre significatif de ces activités sont légères, permettent en particulier l'alternance de positions et sont donc adaptées aux atteintes à la santé du recourant. Le revenu mensuel hypothétique d'invalidé ainsi atteignable se monte en l'espèce à 5'417 francs. Un revenu annuel de 65'046 fr. doit ainsi être retenu, compte tenu de la durée normale de travail dans les entreprises de 41,7 heures par semaine, en vigueur en 2013.

c) Concernant un éventuel abattement, il y a lieu de se rallier à la position des experts d'[...], retenant une réduction de rendement de 20% dès la fin de 2012. Cette diminution de rendement est motivée par les limitations fonctionnelles présentées par le recourant ; les troubles rhumatologiques le limitant de façon définitive pour toute activité physiquement lourde avec levage de charge régulier ou nécessitant des mouvements importants et en porte-à-faux réguliers ainsi que celle impliquant une exposition à des vibrations corporelles. Toute activité professionnelle nécessitant des travaux de force avec les membres supérieurs, des mouvements ou positions répétitives des bras au-dessus de 90° d'élévation d'épaule devait être ainsi évitée. En l'espèce, ce pourcentage de 20% inclut le 10% d'abattement initial retenu par l'OAI dans sa décision du 28 avril 2009, en raison des limitations fonctionnelles présentées par le recourant. En effet, on ne saurait cumuler une réduction du revenu d'invalidé pour rendement réduit en raison des limitations fonctionnelles retenues et appliquer un abattement supplémentaire pour ce même motif.

Au revenu d'invalidé ainsi réduit de 20% en raison du rendement s'ajoute un abattement supplémentaire de 5%, tel que retenu par l'arrêt du 21 mai 2012. En effet, les circonstances justifiant un tel abattement, soit les critères de la nationalité, de la méconnaissance du français, de l'absence de formation professionnelle ainsi que de la faible faculté d'adaptation de l'intéressé induite par l'exercice de l'activité de

monteur durant 25 ans, n'apparaissent pas fondamentalement différentes au moment du dépôt de la nouvelle demande de prestations.

Grevé d'une baisse de rendement de 20% et d'un abattement de 5%, le revenu d'invalidé auquel le recourant peut légitimement prétendre sur un marché du travail équilibré s'élève à 49'435 fr. 55.

d) Compte tenu des considérations qui précèdent, la comparaison entre un revenu sans invalidité de 88'757 fr. 25 et un revenu avec invalidité de 49'435 fr. 55 met en évidence une perte de gain de 39'321 fr. 75 correspondant à un degré d'invalidité de 44,3%. Ce degré d'invalidité n'ouvre pas le droit à la demi-rente que le recourant appelle au minimum de ses vœux, mais laisse subsister le droit au quart de rente précédemment reconnu.

9. a) Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

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

**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 24 octobre 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 Z._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Carré, pour le recourant,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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).

Le greffier :