

VD_FINDINFO AI 22/14 - 243/2018 vom 13. August 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-08-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_22_14_-_243_2018

FR: VD_FINDINFO AI 22/14 - 243/2018 du 13 août 2018

IT: VD_FINDINFO AI 22/14 - 243/2018 del 13 agosto 2018

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL,
ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS | 28 LAI, 16
LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 13.08.2018 AI 22/14 - 243/2018

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL,
ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS | 28 LAI, 16
LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 22/14 - 243/2018 ZD14.004446 COUR DES
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt

du 13 août 2018 _____ Composition : Mme Röthenbacher ,
présidente MM. Métral, juge, et Bonard, assesseur Greffière : Mme Chaboudez
***** Cause pendante entre : J. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Guy
Longchamp, avocat à Saint-Sulpice, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de
Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 28 LAI E n f a i t : A. J. _____
(ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, a déposé en avril 2003 une demande de
prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après :
l'OAI ou l'intimé) invoquant des séquelles d'une fracture à la cheville. Il exerçait la
profession de jardinier-paysagiste à titre indépendant. Par décision du 13 avril 2006, l'OAI
a nié le droit de l'assuré à une rente de l'assurance-invalidité. Après avoir constaté que
l'assuré présentait une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, l'OAI a
considéré qu'il pouvait exercer une activité adaptée à temps complet dans les secteurs de
l'industrie légère, de petit montage-assemblage ou de surveillance de processus de
production. Procédant à la comparaison des revenus, il a retenu un taux d'invalidité de
25,35 %. Par décision sur opposition du 28 août 2007, l'OAI a confirmé sa précédente
décision et rejeté l'opposition. Il a par ailleurs confirmé le taux d'invalidité de 25 %. Par
jugement du 17 juin 2008, le Tribunal des assurances a rejeté le recours formé par l'assuré
contre cette décision. B. Le 5 novembre 2008, l'assuré a annoncé à l'OAI avoir subi une
attaque cérébrale. Dans un rapport du 11 novembre 2008, le Dr P. _____, spécialiste en
médecine interne générale, a indiqué que l'assuré avait subi un AVC thalamique postérieur
gauche en octobre 2008. Il relevait une atteinte de la sensibilité superficielle de l'hémicorps
droit ainsi qu'une diminution de la force musculaire du même côté avec boiterie. Il indiquait
que le déficit neurologique était indéniable, mais qu'il était cependant impossible de
déterminer quelles seraient les séquelles définitives. Le pronostic dépendait essentiellement
de la prévention d'une récurrence ainsi que de la récupération éventuelle du déficit
sensitivo-moteur. Aucune amélioration n'était attendue en ce qui concernait l'astragale.

S'agissant de la capacité de travail, le médecin précisait que l'assuré était incapable d'exercer sa profession ou une activité physique. La capacité de concentration n'était pas limitée ; celle de compréhension était limitée en raison du niveau linguistique et socioculturel ; celle d'adaptation était limitée en raison du niveau scolaire et de l'âge et celle de résistance était aussi limitée en raison d'une fatigabilité accrue. Le 28 janvier 2009, le Dr S. _____, spécialiste en neurologie, a adressé un rapport au Dr P. _____, rapport qui se conclut ainsi : « APPRECIATION DU CAS: M. J. _____ rapporte donc l'apparition soudaine début octobre d'une symptomatologie neurologique ayant comporté des sensations vertigineuses avec ataxie ainsi qu'une atteinte sensitivo-motrice globale hémicorporelle droite. L'IRM cérébrale pratiquée peu après a démontré l'existence d'une petite lésion thalamique gauche pouvant correspondre à une lésion ischémique aiguë susceptible d'expliquer les troubles. Aux dires de M. J. _____, la symptomatologie persiste sans grand changement le rendant incapable de reprendre son activité professionnelle. En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué a malheureusement été dominé par des éléments atypiques faisant soupçonner une importante majoration des symptômes. En effet, alors que l'examen formel révèle une apparente hémianopsie droite ainsi qu'une atteinte sensitivo-motrice et cérébelleuse droite majeure, l'activité musculaire spontanée de M. J. _____ apparaît comme pratiquement normale, le patient se déplaçant aisément dans la salle d'examen, se déshabillant sans peine et utilisant apparemment tout à fait normalement sa main droite. On ne note pas non plus d'instabilité significative aux épreuves des pieds-joints, de Romberg, des index conjugués et à la marche un pied devant l'autre. Comme mentionné ci-dessus, l'écho-Doppler des vaisseaux précérébraux révèle quelques dépôts athéromateux au niveau des deux bifurcations carotidiennes, sans autres. Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, il est vraisemblable que M. J. _____ ait présenté un AVC ischémique début octobre 2008 probablement de nature lacunaire lié à l'hypertension artérielle et à l'hypercholestérolémie. Il est possible également que l'anomalie de la protéine S ait joué un rôle dans l'apparition des troubles. Le caractère de l'atteinte neurologique est compatible avec la lésion thalamique postérieure gauche mise en évidence à l'IRM cérébrale. Néanmoins, cela ne peut être affirmé et il convient bien entendu de répéter l'IRM cérébrale. Dans le diagnostic différentiel étiologique, on doit évoquer la possibilité d'une atteinte vasculaire précérébrale ou cérébrale passée inaperçue aux examens effectués jusqu'ici ainsi que l'éventualité d'une cause cardiaque. Pour les éléments précités, je pense qu'il convient de répéter l'IRM cérébrale en y adjoignant une angio-IRM précérébrale et cérébrale. Il convient également d'effectuer un bilan cardiologique au vu du jeune âge du patient et de répéter la grande crase à la recherche de facteurs procoagulants. Sur le plan thérapeutique, à moins d'une surprise aux examens susmentionnés, il convient tout simplement de poursuivre le traitement actuellement en cours qui est tout à fait adéquat. Sur le plan de la capacité de travail, j'estime n'avoir pas démontré au présent bilan d'atteinte neurologique objective justifiant la reconnaissance d'une incapacité de travail dans quelque activité que cela soit. » Le 9 mars 2009, le Dr L. _____, neurologue FMH, a adressé un rapport au Dr P. _____. Ce médecin relève que l'assuré a récupéré en grande partie des troubles sensitifs mais pas totalement. De plus, il se plaignait de douleurs mécaniques de l'épaule droite et du genou droit. Le Dr L. _____ conclut son rapport ainsi : « Ce patient a donc présenté un hémisyndrome surtout sensitif droit sur une lésion thalamique gauche bien documentée à l'IRM cérébrale. La distribution et la taille de la lésion évoque en premier lieu une lésion lacunaire sur hypertension artérielle. On ne peut toutefois exclure formellement un phénomène

embolique, d'origine artérielle, d'autant plus que l'artère vertébrale gauche n'est pas décelable, bien que les autres troncs artériels ne présentent pas d'athéromatose très importante, en particulier les carotides. Un phénomène cardio-embolique a semble-t-il été exclu par un bilan cardiologique anamnestiquement chez le Docteur R. _____.

Pratiquement, compte tenu des facteurs de risque cardiovasculaire cumulés, l'antiagrégation plaquettaire pourrait être optimisée par du Plavix. Le traitement antihypertenseur mériterait également d'être optimisé. Bien entendu, toutes les mesures doivent être mises en route pour encourager le patient à suspendre son tabagisme. Sur le plan professionnel, une reprise progressive du travail devrait également être encouragée. » Dans un avis du 30 mars 2009, le Dr K. _____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé, sur la base du rapport du Dr S. _____, que l'exigibilité était entière d'un point de vue neurologique dans une activité adaptée. Selon le Dr K. _____, la capacité de travail de l'assuré était inchangée depuis la dernière décision AI. Le 27 mai 2010, le Dr P. _____ écrit ceci : « La situation médicale au 27.5.10 est similaire à celle de 2009. Il n'existe pas de péjoration objectivable de l'état clinique. Les plaintes du patient demeurent inchangées quoique non-corrélées aux 2 avis neurologiques demandés. Les limitations fonctionnelles sont indiquées par l'anamnèse seule et basées sur la bonne foi du patient. Elles demeurent une impotence du bras droit et de l'utilisation du rachis lombaire. Dans un travail « intellectuel », ie travail de bureau, la capacité de travail serait de 100% avec un rendement de 40-50%. Les connaissances professionnelles du patient ne correspondent nullement à un tel poste. » D'après un avis du 13 septembre 2010 du Dr G. _____, médecin au SMR, il faut reconnaître une incapacité totale de travail dans toute activité du 13 octobre 2008 au 26 janvier 2009. Par communication du 18 octobre 2010, l'OAI a informé l'assuré que les conditions du droit au placement étaient remplies. Par projet de décision du même jour, l'OAI a avisé l'assuré qu'il comptait rejeter la demande de prestations au motif que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Par décision du 30 novembre 2010, l'OAI a confirmé ce projet et refusé de mettre l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité. L'assuré a recouru contre cette décision, le 14 janvier 2011, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a entre autres produit un rapport du 18 novembre 2010 du Dr L. _____, qui se conclut comme suit : «Le tableau est inchangé par rapport à celui observé le 9.3.2009. Il s'agit d'un hémisyndrome sensitif facio-brachio-crural droit séquellaire, associé à une très discrète composante motrice. Ce tableau est par ailleurs compliqué par des douleurs mécaniques de l'épaule droite, qui n'est toutefois pas limitée. Les limitations fonctionnelles observées lors des mesures professionnelles, susmentionnées, peuvent être expliquées de manière plausible par le tableau neurologique séquellaire. » Dans un avis du 1 er avril 2011, le Dr H. _____, du SMR, relève que dans ce rapport, le Dr L. _____ atteste d'un état de santé objectif inchangé alors qu'il semble cautionner, toutefois sans aucun argument médical, une forte diminution de rendement mise en évidence par un stage d'observation. Or, le médecin expose que les informations relatives aux rendements recueillies lors d'un stage d'observation ne sauraient supplanter un avis médical motivé. Il maintenait dès lors les conclusions prises précédemment. Le 30 août 2011, le Dr L. _____ a écrit ceci au conseil de l'assuré : « Rappelons que votre client a présenté le 10.10.2008 un ramollissement intéressant la partie postérieure du thalamus gauche. Je l'avais examiné le 9.3.2009 et constaté un hémisyndrome sensitif droit et une très discrète atteinte motrice. Sur le plan professionnel, j'ai mentionné dans mon rapport : "Une reprise progressive du travail devrait également être encouragée", sans me prononcer de manière plus précise sur les

limitations fonctionnelles du patient qui travaille comme paysagiste indépendant. Depuis lors des mesures professionnelles ont été ordonnées. Durant le stage il a été observé d'importantes limitations fonctionnelles motrices de l'hémicorps droit, à tel point que même dans les travaux légers, le rendement observé ne dépassait pas 20-25%. J'ai revu ce patient le 18.11.2010. Le status neurologique était inchangé. A noter que j'avais observé une "thymie plutôt sombre". De ce fait j'avais considéré que les limitations fonctionnelles pouvaient être expliquées par le tableau neurologique séquellaire, et ceci en l'absence d'autre explication. Ces contradictions ont été soulevées par le Docteur H. _____, médecin SMR, dans son avis médical du 1.4.2011. A posteriori, force est de constater qu'il existe des incohérences. En effet, il existe un tableau neurologique séquellaire, qui certainement peut interférer sur l'activité de paysagiste, avec limitation du rendement, mais pas de manière aussi sévère que cela a été observé durant le stage d'observation. Toutefois, les accidents vasculaires cérébraux, et en particulier au niveau thalamique, peuvent entraîner des déficits parfois subtils, qui peuvent interférer sur la capacité de travail, et touchant les fonctions cognitives, la motivation, l'humeur. En conclusion, je pense que d'un strict point de vue neurologique, les limitations fonctionnelles existent, mais sont légères, et n'expliquent pas un rendement de 20-25%, mais que la situation mériterait d'être évaluée sur le plan neuropsychologique et également psychiatrique. » Dans un avis du 3 octobre 2011, le Dr H. _____ s'est rallié à l'avis du Dr L. _____. Par arrêt du 7 décembre 2011 (cause AI 18/11 - 554/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour une expertise psychiatrique et neuropsychologique. Ainsi, l'OAI a confié une expertise psychiatrique, avec examens neuropsychologiques, au Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin a rendu son rapport le 12 septembre 2012. Il a établi la synthèse et discussion comme suit (sic) : « V Diagnostics Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : - Trouble cognitif léger (F06.7), existant probablement depuis octobre 2008. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : - Dysthymie (F34.1), existante depuis environ 2009. VI Synthèse et Discussion Rappel de l'histoire médicale : Monsieur J. _____ est un assuré italien, âgé de 56 ans, marié, vivant en séparation d'avec son épouse, et père de deux enfants majeurs et indépendants. Sans formation professionnelle, à proprement parler, il arrive en SUISSE à l'âge de 17 ans pour travailler comme jardinier à [...], suivi par une activité comme serrurier chez [...]. Il poursuit ces deux engagements à plein temps pendant plusieurs années, avant de se mettre à son compte avec une entreprise de jardinage en 1989. Il poursuit un travail en tant qu'indépendant jusqu'à une attaque cérébrale le 10.10.2008. Puis Monsieur J. _____ se trouve en arrêt maladie avant de suivre un stage d'observation aux [...] de mars à avril 2010. Lors de ce stage, on observe une bonne capacité cognitive, un bon engagement, une bonne responsabilité et un comportement social adapté, mais également une grande difficulté physique que Monsieur J. _____ peine à accepter et qui se trouve à l'origine d'un rendement faible. En mai 2010, Monsieur J. _____ commence un travail de manœuvre dans le nettoyage au dépôt d'une entreprise de jardinage avec un taux de travail d'environ 10% qu'il augmente à 20% à partir de mars 2012. Selon les documents somatiques de son dossier, Monsieur J. _____ subit un AVC thalamique gauche le 10.10.2008 suivi par une évolution favorable au plan neurologique qui ne justifie pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée. Néanmoins, le rendement de Monsieur J. _____ se limite à 20-25% lors du stage d'évaluation aux [...] en 2010. En août 2011, le Docteur L. _____ décrit un tableau neurologique séquellaire qui ne peut pourtant pas expliquer le rendement faible observé lors

du stage. Toutefois, il constate que les accidents vasculaires cérébraux et en particulier au niveau thalamique peuvent entraîner des déficits subtils susceptibles d'interférer sur la capacité de travail en touchant les fonctions cognitives, la motivation et l'humeur. L'office AI demande ainsi la présente expertise afin d'évaluer l'état de santé et les éventuelles limitations fonctionnelles au plan psychiatrique et neuropsychologique. Monsieur J. _____ n'a jamais suivi de traitement psychiatrique ou psychothérapeutique, il n'a pas été hospitalisé en milieu psychiatrique. Situation actuelle : Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, de trouble phobique, ni de syndrome douloureux somatoforme persistant. En l'absence d'une perturbation sévère de l'environnement psychosocial qui est inchangé depuis de nombreuses années et marqué par des relations proches et stables autant sur le plan amical qu'au plan familial, je n'ai pas non plus objectivé de trouble de la personnalité morbide. Monsieur J. _____ décrit la survenue et la persistance d'un sentiment de tristesse d'intensité fluctuante en réaction à la persistance de limitations fonctionnelles somatiques dues à une attaque cérébrale en octobre 2008 et des problèmes financiers. Selon Monsieur J. _____, cet abaissement de l'humeur s'accompagne d'une diminution de l'énergie avec une fatigue notamment dans la 2^{ème} partie de la journée laissant ainsi penser au diagnostic d'un épisode dépressif. Malgré des baisses d'humeur et des moments avec les larmes aux yeux, face à l'évocation de ses douleurs et difficultés motrices, l'abaissement de l'humeur de Monsieur J. _____ reste léger. Il exprime ainsi de manière authentique son intérêt pour les nouvelles, certaines émissions de TV ainsi que le plaisir de rencontrer ses amis et sa famille, en se présentant souriant par moments. Il participe activement à l'examen d'une durée de 2h avant de maîtriser sans signe manifeste de fatigue ou de manque d'énergie des tests cognitifs. Cette observation correspond à la description d'une vie quotidienne active marquée par des rencontres régulières avec des amis et connaissances ainsi que des activités comme des déplacements en voiture et la lecture des journaux pendant 1h, sans élément en faveur d'efforts minimes entraînant une fatigue important[e], ni d'une diminution importante de la concentration et de l'attention. En parallèle, Monsieur J. _____ nie d'idée de culpabilité ou de dévalorisation et n'exprime pas d'attitude manifestement morose ou pessimiste, malgré l'incertitude de son avenir professionnel. Il relativise ainsi des préoccupations concernant sa situation financière et nie clairement d'idée ou acte auto-agressif, mais décrit un bon sommeil ainsi qu'un appétit stable. S'étant adapté à sa situation depuis l'attaque cérébrale en 2008, Monsieur J. _____ montre ainsi un abaissement chronique de l'humeur dont le degré de sévérité reste insuffisant pour retenir un épisode dépressif léger ou moyen. Monsieur J. _____ continue à faire face aux exigences de la vie quotidienne en s'occupant de la plupart des tâches ménagères et en menant une vie sociale active en parallèle à une petite activité professionnelle dans le nettoyage s'élevant à environ 20% depuis mars 2012. En conséquence, l'anamnèse de Monsieur J. _____ ainsi que l'examen psychiatrique actuel correspond au diagnostic d'une dysthymie survenue en réaction à l'accumulation de facteur[s] de stress au plan de santé physique ainsi qu'au plan social depuis l'attaque cérébral[e] en 2008. Cet accident vasculaire cérébral peut également constituer un facteur étiologique de cette dysthymie tardive, notamment de l'émotivité décrite lors du stage d'observation et observée à l'examen actuel. En plus, une partie du traitement médicamenteux de Monsieur J. _____, comme le Simcora® et le Bisoprolol® peuvent également contribuer à la persistance de symptômes dépressifs. Comme ces symptômes dépressifs restent pourtant légers, la dysthymie de Monsieur J. _____ ne peut pas justifier d'incapacité de travail au plan psychique ni de diminution du rendement,

notamment pas pour une activité manuelle simple. Cependant, Monsieur J. _____ pourrait éventuellement bénéficier de l'introduction d'un traitement antidépresseur dans le but d'une amélioration ultérieure des symptômes et de sa qualité de vie. La dysthymie de Monsieur J. _____ peut être influencée négativement par la consommation d'alcool d'un expertisé ayant perdu son permis de conduire à cause de conduite en état d'ébriété en 2006. Malgré cet élément anamnestique évoquant une consommation problématique d'alcool, Monsieur J. _____, ne présente pas de syndrome de dépendance en l'absence d'élément anamnestique en faveur de difficultés répétées à contrôler la consommation d'alcool, d'un syndrome de sevrage physiologique, ou d'une mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance en l'absence d'un abandon progressif d'autres sources de plaisir. Au contraire, Monsieur J. _____ décrit une réduction de sa consommation d'alcool depuis son attaque cérébrale de 2008 et continue à poursuivre ses activités sociales. Ces déclarations de Monsieur J. _____ sont confirmées par le bilan hépatique actuel qui ne montre pas signe d'une consommation nocive d'alcool, car une cause éthylique de l'augmentation de la Gamma-GT peut être écartée en présence d'une CDT dans les limites de la norme. Déjà en janvier 2009, le Docteur S. _____ décrit un examen clinique dominé par des éléments atypiques faisant soupçonner une importante majoration de symptômes. En août 2011, le Docteur L. _____ décrit également des incohérences et corrige son appréciation en novembre 2010. Ces éléments correspondent aux observations lors de l'examen psychiatre actuel. Monsieur J. _____ présente ainsi des difficultés dans l'utilisation de son bras droit au début et à la fin de l'examen, ce qui contraste pourtant avec son comportement lorsqu'il est distrait au cours de l'examen. Cependant, Monsieur J. _____ décrit ses difficultés avec distance et ne manifeste pas de comportement théâtral ni d'attitude revendicatrice face à l'examineur. En conséquence, je n'ai pas retenu le diagnostic d'une majoration des symptômes ou d'un[e] simulation qui nécessiteraient des investigations ultérieures au plan somatique afin d'étayer une telle suspicion. Les incohérences déjà décrites par le Docteur S. _____ et le Docteur L. _____ semblent plutôt témoigner de l'adoption d'un rôle de malade par un expertisé qui est convaincu de ne plus trouver une activité professionnelle sur le marché libre du travail pouvant lui assurer une base existentielle suffisante. Cette crainte ne peut pourtant pas être expliquée par une pathologie psychique mais paraît motivée par des facteurs sociaux chez un expertisé dont une première demande AI a déjà été refusée avant 2008. Au plan neuropsychologique, Madame T. _____ constate de discrets signes d'héminégligence droite se manifestant en modalité visuelle et en modalité motrice, des troubles modérés se manifestant par des déficits d'inhibition cognitive et de coordination et des déficits attentionnels légers dans toutes les modalités testées (alerte tonique et phasiques, attention divisée). L'ensemble de ces difficultés cogniti[ve]s se trouve à l'origine d'un ralentissement idéomoteur, des omissions et erreurs occasionnelles et peut entraîner une augmentation de la fatigabilité ainsi qu'une diminution des capacités d'organisation et de gestion. Concernant l'activité habituelle de paysagiste, on peut donc constater une baisse du rendement de l'ordre de 20% pour des raisons neuropsychologiques. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Dans le cadre trouble cognitif léger étant probablement la séquelle d'un AVC thalamique, Monsieur J. _____ souffre de discrets signes d'héminégligence droite se manifestant en modalité visuelle et en modalité motrice, des troubles modérés se manifestant par des déficits d'inhibition cognitive et de coordination et des déficits attentionnels légers. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Ralentissement idéomoteur, augmentation de la fatigabilité, des omissions e[t] erreurs occasionnelles ainsi qu'une diminution des capacités d'organisation et de gestion. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail. 100% au plan psychique. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Oui, à 100% au plan psychique. 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Oui, de l'ordre de 20% pour des raisons neuropsychologiques. 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Le 10.10.2008, Monsieur J._____ souffre d'un AVC thalamique expliquant les difficultés neuropsychologique[s] constatées lors de l'examen actuel. En conséquence, on peut retenir une diminution du rendement de 20% pour une activité de paysagiste indépendant exercée à un taux de 100%. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Depuis, la diminution du rendement est restée inchangée. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Oui. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Oui, la reprise d'une activité mettant en valeur les expériences professionnelles de Monsieur J._____ en tant que paysagiste et manutentionnaire tout en le déchargeant de la gestion et de l'organisation d'une activité indépendante pourrait lui permettre d'atteindre un meilleur rendement. Cependant, [c]es mesures risquent d'être comprises par l'adoption d'un rôle de malade. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? 2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) Sans objet au plan psychique, en l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante. 2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ? Sans objet. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ? 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une activité ? La capacité de travail exigible de Monsieur J._____ est entière dans toute activité respectant des limitations fonctionnelles somatiques, avec une diminution du rendement de 20% pour toute activité d'indépendant. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ? À 100% au plan psychique. 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Pour une activité manuelle simple en tant que employé, la diminution du rendement est moins importante et peut se limiter à environ 10% voire 0% en fonction de la possibilité de Monsieur J._____ d'influencer le rythme de travail. 3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ? Sans objet au plan psychique. » Dans un avis du 25 septembre 2012, le Dr K._____ a suivi l'expertise et déterminé une capacité de travail nulle du 13 octobre 2009 [recte : 2008] au 26 janvier 2009 et totale dès le 27 janvier 2009 avec une baisse de rendement de 20 %. Dans un projet de décision du 19 mars 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande, le degré d'invalidité s'élevant à 39,14 %. Il a en effet retenu que le revenu d'invalidité s'élevait à 46'541 fr. 21, se fondant sur le salaire de référence auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de 2008, avec une diminution de 20 % en raison de la baisse de rendement et un abattement de 5 %. Le revenu sans invalidité était fixé pour 2009 à 76'471 fr. selon l'enquête économique du 30 novembre 2009. L'assuré a présenté des objections en date du 1 er mai 2013 (une décision du 29 avril 2013 a été retirée par l'OAI parce que prématurée). Le 19 décembre 2013, l'OAI a écrit ceci au conseil de l'assuré (sic) : « Nous nous référons à votre contestation du 1 er mai 2013 à l'encontre de notre projet de décision du 19 mars 2013 et y

répondons comme il suit : Il ressort de l'expertise psychiatrique du 12 septembre 2012, comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble cognitif léger qui remonterait à octobre 2008. Il ressort clairement de ladite expertise qu'il n'y a aucune incapacité de travail en raison d'une pathologie psychiatrique (pt 2.2, page 13). Par contre, l'expert retient sur la base de l'examen neuropsychologique une diminution de rendement de 20 % uniquement dans l'activité habituelle de M. J. _____, soit de paysagiste indépendant telle qu'il l'exerçait avant son atteinte à la santé, sans trop de contrainte administrative. Dans l'examen neuropsychologique, il est précisé que pour les seules séquelles neuropsychologiques, il n'est pas justifié une baisse de rendement aussi importante qu'un 75-80 %. Les déficits cognitifs ne sont que d'intensité modérée et n'ont pas de répercussions majeures sur l'activité habituelle de votre mandant. Vous invoquez le fait qu'il est faux de prétendre, comme l'affirmait le Dr S. _____, qu'il y avait une majoration des symptômes (tendances). Il faut rappeler que le Dr L. _____ a aussi constaté des incohérences. L'expert psychiatre fait les mêmes constatations (voir p. 13) ; lorsque M. J. _____ est distrait, il arrive à mieux utiliser son bras que par rapport à d'autres moments. Il est donc intéressant de relever que trois médecins, les Dr S. _____, L. _____ et Z. _____ ont fait les mêmes constatations, à savoir que M. J. _____ peut mieux utiliser sa main que ce qu'il laisse apparaître. Le médecin-psychiatre, quant à lui, ne va pas retenir le diagnostic de majoration des symptômes, voire d'une simulation, mais simplement constater que M. J. _____ a adopté un rôle de malade. En ce qui concerne la diminution de rendement de 20 %, comme nous avons eu l'occasion de l'indiquer, l'expert retient une diminution de 20 % dans l'activité habituelle uniquement et le Dr S. _____, quant à lui, retient une pleine capacité de travail en tant que paysagiste indépendant. Ces conclusions tiennent compte des limitations évoquées par votre mandant, mais les spécialistes ne relèvent que de discrets signes d'héminégligence droite, des troubles modérés et des déficits attentionnels légers. Et comme déjà vu, le Dr S. _____ retient même une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle. L'expert psychiatre estime même dans une activité plutôt manuelle simple en tant qu'employé, la diminution de rendement serait moins importante, de 10 %, voire inexistante. Pour rappel, nous avons considéré que l'activité de paysagiste n'était plus adaptée selon notre décision sur opposition du 28 août 2007 en raison d'une arthrose de la cheville gauche suite à une fracture de l'astragale. Notre décision a été confirmée par jugement du Tribunal du 18 novembre 2008. Malgré tout, M. J. _____ a continué à travailler comme paysagiste jusqu'en décembre 2008. Il s'avère donc qu'une activité adaptée est tout à fait compatible avec les limitations retenues par les spécialistes. Il semble que le principal obstacle à la reprise d'une activité, soit l'adoption de M. J. _____ d'un rôle de malade. Vous contestez également le revenu sans atteinte à la santé. Vous estimez, en effet, que nous aurions dû retenir un revenu annuel supérieur à CHF 80'000.00 compte tenu de l'évolution salariale durant les deux années qui ont précédé l'année de l'arrêt de travail. En revenant sur notre décision sur opposition, nous avons retenu un taux d'invalidité de 25 % en nous référant à un revenu sans atteinte à la santé de CHF 68'600.00 pour l'année 2001. Le Tribunal a trouvé ce montant plutôt favorable et n'y a rien trouvé à redire. Le montant de CHF 76'471.00 (2009) correspond au revenu que nous avons retenu à l'époque, indexé à 2009, date de la survenance de l'invalidité. Nous ne pouvons, en effet, pas suivre votre argumentation lorsque vous estimez que compte tenu des résultats des deux dernières années avant la remise de l'entreprise, M. J. _____ réaliserait un revenu supérieur à CHF 80'000.00. En effet, ceux-ci ne sont pas suffisamment stables pour rendre vraisemblable le revenu évoqué. La moyenne des

bénéfices des années précédentes (2005 à 2008) nous donne un montant de CHF 45'910.00. Par conséquent, la solution retenue est manifestement plus proche de la réalité bien que généreuse comme l'a laissé entendre le Tribunal à l'époque. Quant au revenu d'invalidé de CHF 46'541.21, basé sur les salaires statistiques pour des activités non qualifiées, en tenant compte d'un rendement diminué de 20 % avec un abattement de 5 % est particulièrement généreux. En effet, pour rappel, le rendement diminué de 20 % retenu par l'expert concerne exclusivement l'activité de paysagiste. L'expert considère, en effet, dans une activité simple et manuelle comme employé, une diminution de rendement d'environ 10 % voire 0 %. Or, c'est ce type d'activités que nous avons retenues comme étant adaptées et pas celle de paysagiste. Nous constatons donc que le revenu d'invalidé retenu dans notre projet de décision est erroné. Nous devons, en effet, retenir une diminution de rendement de 10 % au maximum. Quant à l'abattement de 5 %, celui-ci semble correct en raison de l'âge de M. J._____. Un abattement supplémentaire ne se justifie pas en raison des limitations puisque celles-ci ont été prises en compte dans la diminution de rendement. Au vu de ce qui précède, nous maintenons donc le revenu sans atteinte à la santé de CHF 76'471.00. Par contre, en ce qui concerne le revenu d'invalidé, nous retenons donc une baisse de rendement de 10 %, soit un gain annuel brut de CHF 52'358.86. Le préjudice économique est donc de 31.77 %. Dès lors, et au vu de ce qui précède, nous maintenons nos conclusions et vous trouverez, en annexe, la décision conforme à notre préavis susmentionné, sujette à recours. Nous précisons que ce courrier fait partie intégrante de la décision. » Par une décision du même jour, l'OAI a rejeté la demande de prestations. C. Par recours du 3 février 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, l'assuré a conclu à l'octroi de prestations d'invalidité dès le 1^{er} février 2009, plus intérêt à 5 % l'an et subsidiairement, au renvoi à l'OAI. Par réponse du 10 avril 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'assuré s'est déterminé le 6 juin 2014, confirmant ses conclusions. L'OAI a déposé une duplique en date du 19 juin 2014. Le recourant a par la suite demandé de multiples prolongations de délai, avant de se déterminer le 13 juillet 2015. L'OAI a maintenu sa position dans sa détermination du 3 septembre 2015. Par arrêt du 16 décembre 2015 (cause AI 174/14 – 322/2015), la Cour de céans a rejeté un recours formé par l'assuré contre une décision de l'OAI du 18 juin 2014, mettant fin à l'aide au placement qui lui avait été accordée. 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 ; RSV 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 des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le droit à une rente d'invalidité. 3. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Selon l'art. 28

al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. 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. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 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. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. 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. b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 4. a) Le recourant soutient qu'en travaillant à 20 %, il exerce une activité lucrative dans la mesure de ce qui est raisonnablement exigible. Il prétend que ses atteintes somatiques, liées à celles neuropsychologiques, voire psychiatriques l'empêchent d'exercer une activité à un taux plus élevé. Dans son rapport du 28 janvier 2009, le Dr S._____ a relevé que l'examen qu'il avait pratiqué avait révélé une importante majoration des symptômes. Il a souligné en particulier que hors examen formel, l'activité musculaire du recourant apparaissait pratiquement normale. Il concluait sur le plan neurologique à une capacité de travail entière. Dans son rapport du 9 mars 2009, le Dr L._____ remarquait que le recourant avait récupéré en grande partie des troubles sensitifs et il était d'avis qu'une reprise progressive du travail devrait être encouragée. En mai 2010, le médecin traitant constate qu'il n'existe pas de péjoration objectivable de l'état clinique, précisant que les limitations fonctionnelles découlaient de la seule anamnèse. En novembre 2010, le Dr L._____ écrit que le tableau est inchangé et il est d'avis que les limitations fonctionnelles observées lors des mesures

professionnelles pouvaient être expliquées de manière plausible par le tableau neurologique séquellaire. En août 2011, le même médecin relève des incohérences et précise que si, d'un point de vue neurologique, les limitations fonctionnelles existent, elles n'expliquent pas un rendement de 20-25 %. Dans son expertise effectuée après l'arrêt de renvoi de la Cour de céans, le Dr Z._____ a posé le diagnostic de trouble cognitif léger. Ce diagnostic a été posé après des examens neuropsychologiques. L'expert décrit un léger abaissement de l'humeur (vie quotidienne et sociale active, intérêt pour les nouvelles, plaisir à rencontrer ses amis et sa famille). Il n'a pas constaté au terme de son examen de fatigue manifeste avant d'aborder les tests cognitifs. Il explique de manière convaincante pourquoi il retient le diagnostic de dysthymie et non celui d'épisode dépressif. Il relève que son observation rejoint celles des Drs S._____ et L._____ en ce sens qu'il a aussi constaté que le recourant présente des difficultés dans l'utilisation de son bras droit alors que tel n'est pas le cas lorsqu'il est distrait en cours d'examen. Sur le plan neuropsychologique, la spécialiste a relevé de discrets signes d'héminégligence droite, des troubles modérés se manifestant par des déficits d'inhibition cognitive et de coordination et des déficits attentionnels légers dans toutes les modalités testées. L'ensemble de ces difficultés entraîne une baisse de rendement de l'ordre de 20 % dans l'activité habituelle. En revanche, dans une activité adaptée, la diminution de rendement est au maximum de 10 %, voire nulle. L'expertise remplit tous les réquisits pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle comporte une anamnèse détaillée et tient compte des plaintes du recourant. Le Dr Z._____ expose en outre ses conclusions de manière claire et motivée, en prenant en compte les avis médicaux précédents. Il convient donc de retenir les conclusions de l'expertise et d'admettre que dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant est de 100 % avec une diminution de rendement de 10 % au maximum. b) Le recourant conteste aussi le calcul du taux d'invalidité. La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (TF 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_496/2015 précité consid. 3.2 et 9C_804/2014 du 16 juin 2015 consid. 7.2, et les références). En l'espèce, il existe suffisamment d'activités simples et répétitives permettant au recourant de retrouver théoriquement une activité. En outre, au moment de l'expertise du Dr Z._____, soit au

moment auquel il a été constaté de manière fiable que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457 consid. 3.3), le recourant était âgé de 56 ans. Or, il est admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Pour le revenu sans invalidité, l'OAI s'est fondé sur le revenu retenu à l'époque lors du premier jugement du Tribunal des assurances, soit 68'600 fr. représentant un revenu annuel de 66'195 fr. en 1999 (selon une enquête pour indépendant du 5 juillet 2004), indexé à 2001. Ce chiffre n'avait pas été contesté. Dans son calcul effectué le 30 novembre 2009, l'OAI a repris ce chiffre et l'a indexé à 2008, sur la base des indices de référence, puis à 2009 compte tenu d'un taux de variation de 1,35 %. Or l'évolution des salaires nominaux pour les hommes entre 2008 et 2009 s'est finalement montée à 2,1 %. Le revenu sans invalidité du recourant doit par conséquent être porté à 77'040 fr. (montant calculé sur la base des indices de référence de 2001 et 2009). Dans son recours, le recourant soutient que ce revenu aurait certainement été supérieur à 80'000 fr. au regard de l'évolution constatée entre les exercices 2007 et 2008. Son raisonnement ne peut être suivi. Les montants de 79'665 fr. et de 116'900 fr. obtenus en 2007 et 2008 représentent le chiffre d'affaires réalisé. Le bénéfice pour ces années-là s'élève respectivement à 30'276 fr. et 53'799 francs. On est donc loin du montant finalement retenu et qui est favorable au recourant. Au demeurant, ultérieurement, le recourant n'a pas plus contesté ce revenu. En ce qui concerne le revenu d'invalidité, le recourant constate que dans le projet, il est question d'un revenu d'invalidité de 46'541 fr. 20 alors que la décision fait état d'un revenu d'invalidité de 52'358 fr. 86. Il en conclut qu'il existe une très grande incertitude et une marge d'appréciation dans la fixation de ce revenu. Ce raisonnement est erroné. Dans le calcul du revenu d'invalidité figurant dans le projet, il est tenu compte d'une diminution de rendement de 20 %. Or, cette diminution de rendement n'existe que dans une activité d'indépendant. Dans une autre activité adaptée, l'expert a estimé cette diminution de rendement à un maximum de 10 %. En ce qui concerne le taux d'abattement, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb ; TF 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.1 ; 8C_80/2013 du 17 janvier 2014 consid. 4.2 ; 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.1). Une déduction sur le montant du salaire d'invalidité résultant des statistiques n'est pas automatique mais résulte d'une appréciation globale de l'effet des diverses circonstances mentionnées sur le revenu d'invalidité (cf., p. ex., TF 9C_481/2017 du 1^{er} décembre 2017 consid. 5.2 et 9C_861/2012 du 6 février 2013 consid. 5.1.2). L'âge d'un assuré ne constitue pas un critère qui, en soi, peut exclure que l'on exige de lui qu'il exploite sa capacité résiduelle de travail (cf., notamment, TF 9C_481/2017 précité consid. 5.2 et 9C_486/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2.2, non publié in ATF 139 V 600). Lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail. En principe, il n'y a pas lieu

d'opérer en plus un abattement lié au handicap (cf. TF 9C_40/2011 du 1^{er} avril 2011 consid. 2.3.1 ; 8C_827/2009 du 26 avril 2010 consid. 4.2.1 ; 9C_980/2008 du 4 mars 2009 consid. 3.1.2 ; 8C_765/2007 du 11 juillet 2008 consid. 4.3.3 ; 9C_344/2008 du 5 juin 2008 consid. 4 et I 69/07 du 2 novembre 2007 consid. 5.1). En revanche, un abattement à raison d'autres circonstances est admissible dans la limite maximale de 25 % (TF 8C_585/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.3). En l'espèce, l'intimé a retenu un abattement de 5 % lié à l'âge. Cette appréciation doit être confirmée. Il n'y a en particulier pas lieu de tenir compte de la diminution de rendement puisque celle-ci a déjà été prise en compte. Ainsi, en définitive, le revenu d'invalidé se monte à 52'358 fr. 86 et le degré d'invalidité s'élève à 32 %. 5. a) Le recours doit ainsi 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. 1 bis 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. Toutefois, dès lors que celui-ci a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). d) Par décision du 27 août 2014, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 août 2014 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Guy Longchamp. Ce dernier a produit une liste de ses opérations le 14 octobre 2015, rectifiée par courrier du 26 octobre suivant, dans laquelle il a chiffré à 6,2 heures le temps consacré au dossier. Ces opérations étant justifiées, le montant de ses honoraires se monte à 1'116 fr. et ses débours à 30 fr., de sorte que l'indemnité de Me Guy Longchamp est arrêtée à 1'237 fr. 70 (TVA comprise). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 19 décembre 2013 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 laissés à la charge de l'Etat. IV. L'indemnité d'office de Me Guy Longchamp, conseil du recourant J._____, est arrêtée à 1'237 fr. 70 (mille deux cent trente-sept francs et septante centimes), débours et TVA compris. V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. VI. 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 Guy Longchamp (pour le recourant), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.