

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 juillet 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Flore Primault,  
avocate à Lausanne,

et

**I.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 29 al. 2 Cst., art. 8 al. 1, 49 al. 3 et 61 let. c LPGA, art. 28 al. 1 et 2 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1957, a terminé sa formation obligatoire et son gymnase au Kosovo. Il a ensuite suivi une formation d'ébéniste à Belgrade, en 1980. Après avoir exercé des emplois de maçon en Serbie et au Kosovo, l'assuré s'est installé en Suisse en 1986. Dès son arrivée, il a été engagé en tant que maçon à 80% au sein de l'entreprise [...] SA.

Le 12 août 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il mentionnait des complications apparues à la suite d'une opération de la prostate, évoluant défavorablement, avec une incontinence urinaire résiduelle.

Par rapport médical du 12 septembre 2011, la Dre U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a retenu en tant que diagnostics avec effet sur la capacité de travail un status post-opération de la prostate avec des épisodes d'incontinence urinaire ainsi qu'un status post-fracture malléolaire traitée par ostéosynthèse. Elle mentionnait en outre un tabagisme ainsi qu'une hypercholestérolémie. L'assuré se trouvait en incapacité de travail depuis le 14 mars 2011 en raison d'une incontinence urinaire résiduelle gênante.

Le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en urologie au CHUV, a établi un rapport médical le 29 novembre 2011 mentionnant un adénocarcinome prostatique traité en août 2010. Il relevait une incontinence à l'effort de grade II, la vessie de l'assuré étant hypocapacitive et hypersensible. En raison d'une capacité physique diminuée, de fatigue et de pertes d'urine à l'effort, ce médecin estimait que la capacité de travail de l'intéressé était nulle jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2012. La reprise de son activité habituelle était ensuite à envisager, une incontinence urinaire partielle n'induisant pas stricto sensu de limitations fonctionnelles.

Le 4 octobre 2012, l'assuré a subi l'implantation d'un sphincter artificiel. Les suites de l'opération se sont révélées favorables, l'intéressé regagnant une certaine maîtrise concernant son incontinence. Selon le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_, médecin urologue du [...], le patient est parfaitement continent à la suite de cette opération et sa capacité de travail est entière dès le 12 novembre 2012.

A l'occasion d'un rapport du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) du 12 mars 2013, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail, a retenu une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle de l'assuré que dans une activité adaptée. Le début de l'aptitude à la réadaptation a été fixé au 25 novembre 2011.

Par projet de décision du 15 mars 2013, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. Ce projet a été confirmé par décision du 13 mai 2013.

**B.** Le 17 décembre 2014, X.\_\_\_\_\_ a été victime d'un accident de la circulation. Le lendemain, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Le 22 décembre 2014, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a attesté de l'incapacité totale de travail de l'assuré depuis le 20 avril 2014 en raison d'une affection médicale. Dès le 17 décembre 2014, l'incapacité de travail était motivée par un accident de la circulation.

Par rapport du 29 janvier 2015, le Dr P.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'hernie discale L4-L5, de douleurs chroniques après pose d'un sphincter artificiel, status après prostatectomie radicale et curage ganglionnaire ilio-obturateur bilatéral pour adénocarcinome de la prostate, d'omalgie gauche sur tendinopathie multiple (sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire) et arthrose acromio-claviculaire, de séquelles de fracture de la cheville droite en

1994, de gonalgie droite sur lésion méniscale et enfin de trouble de nature anxio-dépressive atypique. Concernant les diagnostics dénués d'effet sur la capacité de travail, ce médecin a mis en évidence un status hémorroïdaire sur constipation chronique probablement en rapport avec les problèmes d'incontinence urinaire par baisse des apports liquidiens, un tabagisme chronique ainsi qu'une hypercholestérolémie. Concernant la capacité de travail de l'intéressé, ce médecin a indiqué ce qui suit :

« De décembre 2012 au 20 avril 2014 le patient a été apte à travailler à 80-90% dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20-30%. A la suite de l'apparition de la sciatique gauche en avril 2014 la capacité de travail a de nouveau été nulle. A partir du 17 décembre 2014, le patient est totalement incapable de travailler à cause de l'accident du 17 décembre 2014. »

Les limitations fonctionnelles consistaient en l'interdiction de la marche en terrain irrégulier, de l'utilisation d'échelles et d'échafaudages, la limitation du port de charge de plus de 10 kilos et de travail en dessus de la ligne des épaules. Le rendement était quant à lui fortement réduit en raison des multiples atteintes à l'épaule gauche, au genou droit, à la cheville droite, au dos ainsi qu'en raison de pertes d'urine.

Le volet psychiatrique a également été investigué, par l'intermédiaire du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. A l'occasion d'un rapport médical établi le 28 septembre 2015, un trouble de l'adaptation (F43.2) a été retenu. Une incapacité totale de travail était constatée sur le plan psychiatrique, les différentes problématiques psychiques et physiques invalidant considérablement la capacité de travail de l'assuré.

Vu les pièces en sa possession, le SMR a estimé nécessaire d'investiguer plus en avant l'état de santé de l'intéressé, spécialement les aspects psychiatrique, neurologique et de médecine interne.

Se prononçant en date du 13 avril 2016, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a mentionné les diagnostics avec effet sur la

capacité de travail de lombosciatalgies à prédominance droite de topographie plutôt L5 mais non-déficitaires sur extrusion focale de matériel discal de localisation médiane déplacée vers le bas, entrant en contact avec les racines L5 bilatéralement en leur émergence du sac thécal, de gonalgies droites avec lésions de grade III de la corde postérieure du ménisque interne, chondropathie antéro-interne de stade 1 à 2 et kyste de Baker, de status après fracture de la cheville droite nécessitant le port de chaussures orthopédiques et d'état anxio-dépressif. Ayant trait aux diagnostics dénués d'influence sur la capacité de travail, une opération d'un carcinome de la prostate avec curage ganglionnaire ilio-obturateur avec dans les suites une incontinence et la mise en place d'un sphincter urétral artificiel ont été mentionnés. L'incapacité de travail était totale en raison de l'exacerbation des douleurs liées aux diagnostics retenus.

Dans son rapport du 4 mai 2016, le Dr P. \_\_\_\_\_ a ajouté aux diagnostics précédemment posés des cervico-céphalalgies chroniques intervenues suite à un accident de la circulation survenu le 17 décembre 2014, dite pathologie influant également sur la capacité de travail de l'assuré. Pour ce médecin, l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de l'assuré avait perduré depuis le 19 décembre 2012, seules des activités en position assise, ou en alternant les positions, pouvaient être envisagées à 70%-80%. Ces activités adaptées seraient limitées à six heures par jour, dans le cadre d'une reprise progressive.

Quant au Dr Q. \_\_\_\_\_, à l'occasion d'un rapport établi le 30 août 2016, il retenait désormais un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) ainsi qu'un trouble de l'adaptation (F43.2). Pour ce médecin, l'état de santé de l'assuré s'était nettement péjoré avec notamment l'apparition de troubles du sommeil et de symptômes liés au développement d'un trouble dépressif, comme la diminution de la concentration et de l'attention résiduelle, une estime de soi et une confiance en soi nettement diminuées, un sentiment de dévalorisation et d'impuissance, un découragement, une perte d'espoir ainsi que l'impossibilité d'une projection dans le futur.

Au vu de la situation, l'OAI a requis l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire auprès de la [...] (ci-après : la [...]). Dans leur rapport d'expertise du 25 avril 2017 parvenue en mains de l'OAI le 8 mai 2017, les Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et F.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ont retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail un status après fracture de la malléole médiale droite en 94 compliquée d'une algodystrophie et d'une lésion ostéochondrale du pilon tibial sans raideur articulaire (M19.1) et des lombosciatalgies droites dans un contexte de troubles dégénératifs modérés et d'une hernie discale L4-L5 de petite taille (M54.3). Concernant les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé, ces médecins ont mentionné des cervicalgies chroniques sur cervicarthrose discrète C6-C7, un status après traumatisme cervical indirect en décembre 2014, sans signe de complication ni de gravité, un status après tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec arthrose acromio-claviculaire gauches, une gonarthrose fémoro-tibiale médiale droite discrète, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée en 2013 et 2014; actuellement en rémission complète, une accentuation de certains traits de la personnalité du type psychorigide et obsessionnelle, n'atteignant de loin pas le degré d'un trouble de la personnalité ainsi que des probables céphalées de tension. A l'appui de leurs considérations diagnostiques, les Drs K.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ont exposé les éléments suivants :

« A l'étude du dossier, on est frappé par l'accumulation des problèmes somatiques qui entraînent des répercussions importantes dans la vie privée et professionnelle de l'assuré. Il y a cependant une impression de discordance avec des constatations objectives qui peinent à expliquer l'importance des symptômes, la résistance à tous les traitements et l'importance des répercussions fonctionnelles subjectives.

Les plaintes de l'assuré sont effectivement multiples et difficiles à systématiser:

Il a des cervico-scapulalgies constantes, de forte intensité, qui s'accompagnent d'une limitation de la mobilité de la colonne cervicale, d'une limitation de la mobilité du membre supérieur gauche dans tous les mouvements d'élévation, abduction et rotation

internes avec des difficultés pour toutes les activités effectuées avec ce membre supérieur gauche.

Il a des lombosciatalgies droites irradiant plutôt à la face postérieure du membre inférieur jusque sous le pied avec des paresthésies de tous les orteils.

Depuis 1994, il a des douleurs à la face interne de la cheville droite exacerbées dans la marche en terrain irrégulier avec un gonflement en fin de journée.

Il a des céphalées bitemporales accompagnées de photo- et sonophobie par moments.

Il présente une incontinence urinaire à l'effort malgré un sphincter vésical artificiel qui fonctionne correctement mais entraîne une gêne dans la région inguinale et du scrotum à droite.

Il a des gonalgies antéro-internes droites avec parfois des blocages, exacerbées dans les mouvements de flexion et l'utilisation des escaliers.

Dans ce contexte, il se sent souvent triste, nerveux et irritable avec parfois des pensées suicidaires.

L'examen de l'assuré nous met en présence d'un homme de 60 ans en bon état général qui se montre volubile voire véhément lors de la description de ses différents problèmes. Lors des tests cliniques, il adopte un comportement douloureux démonstratif qui contraste avec des mouvements spontanés effectués rapidement et avec peu de gêne. Il épargne constamment son membre supérieur gauche et annonce des douleurs à la palpation même superficielle de la face interne de la cheville droite. Le status général est marqué par une obésité débutante et un relâchement de la sangle abdominale. L'état buco-dentaire est mauvais chez un assuré qui tousse par intermittence. La tension artérielle est un peu élevée alors que le rythme cardiaque est plutôt lent.

Sur le plan neurologique, le Dr L. \_\_\_\_\_ estime que les plaintes ne sont pas typiques d'une lombosciatalgie du fait de la douleur prédominant au niveau de la cheville et diffusément au mollet gauche. Le status neurologique détaillé est normal sans évidence de latéralisation, ni d'éléments pour une myélopathie ou un syndrome radiculaire. L'électromyogramme dans les myotomes L4 à S1 est normal des deux côtés.

Les documents radiologiques à disposition montrent des troubles dégénératifs mais il n'y a pas d'image de compression radiculaire au niveau lombaire. Au niveau cervical, il y a également des altérations dégénératives, sans aucun argument pour des séquelles ou des complications traumatiques. Les céphalées chroniques n'ont pas de caractère spécifique et correspondent vraisemblablement à des céphalées de tension.

Sur le plan rhumatologique, le Dr F. \_\_\_\_\_ retrouve des séquelles de la fracture de la malléole interne de la cheville droite opérée en 1994 qu'il qualifie de très discrètes. En accord avec le Dr L. \_\_\_\_\_, il conclut à des lombosciatalgies non spécifiques, sans critère de

gravité et à des cervicalgies chroniques dans un contexte de cervicarthrose discrète. Pour l'épaule gauche il y a une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec arthrose acromioclaviculaire débutante. Pour ce qui est des genoux, il y a effectivement une gonarthrose fémoro-tibiale interne droite discrète. Les constatations objectives peinent cependant à expliquer l'importance des symptômes et du retentissement fonctionnel annoncé par l'assuré.

Au total, sur le plan somatique, force est de constater qu'il y a effectivement plusieurs pathologies significatives : il y a une incontinence urinaire sur un status après prostatectomie radicale et crurale ganglionnaire en 2010, traitée par la mise en place d'un sphincter artificiel en 2012, changé en novembre 2015, avec récupération d'une bonne continence urinaire. Il persiste une gêne inguinale et scrotale droite en relation avec l'implantation du système de sphincter artificiel.

Les lombosciatalgies et les cervico-scapulalgies chroniques peuvent être qualifiées de non spécifiques et sans critère de gravité dans un contexte de troubles dégénératifs modérés. De même, il existe des troubles dégénératifs modérés de l'épaule gauche avec des signes de tendinopathie ainsi qu'une gonarthrose à prédominance fémoro-tibiale interne droite.

Cet assuré a été victime d'un accident de la circulation le 17 décembre 2014 alors qu'il était conducteur d'un véhicule, il a subi un choc frontal avec une énergie suffisante pour faire déclencher les airbags. D'après le rapport des urgences du [...] où l'assuré a consulté le jour même, il y a eu probablement une hyperextension cervicale et un choc occipital contre le bord du siège. Depuis lors, il ressent une exacerbation des douleurs de son épaule gauche avec des paresthésies à titre de fourmillements du membre supérieur gauche et des douleurs occipito-pariétales. Lors du séjour aux urgences du CHUV, il a bénéficié d'investigations radiologiques qui ont permis d'exclure des fractures, notamment du rachis cervical ainsi que des complications au niveau cérébral. Un diagnostic de traumatisme crânien occipital et de cervicalgies est retenu avec une possible perte de connaissance de brève durée. Le Dr [...], orthopédiste traitant a examiné l'assuré le 24 juin 2015. A cette date, il retenait un status après accident de la circulation avec "coup du lapin" dans un contexte de troubles dégénératifs chroniques anciens de l'épaule gauche, de la colonne lombaire, du genou droit et de la cheville droite. Il ne proposait pas de traitement particulier. L'assuré a été examiné le 16 mars 2015 par le Dr V. \_\_\_\_\_, neurologue. Ce spécialiste mentionnait que l'assuré présentait un syndrome cervico-vertébral et lombo-vertébral modéré. Il n'y avait aucune évidence pour une atteinte radiculaire déficitaire. L'examen actuel met en évidence une limitation de la mobilité cervicale modérée. Le status neurologique détaillé est normal. Le dossier radiologique à disposition complété par des clichés effectués au moment de notre expertise montre une discopathie C6-C7. Les clichés dynamiques ne montrent pas d'anomalie et permettent d'exclure les séquelles post-traumatiques significatives notamment une fracture du rachis cervical et/ou une instabilité segmentaire. Au total, il est possible de retenir un diagnostic de traumatisme cervical

indirect sans signe objectif de complication et sans aucun critère de gravité.

L'ensemble de ces anomalies somatiques entraînent des répercussions et des limitations fonctionnelles mais peinent à expliquer l'ensemble du tableau douloureux et de la gêne fonctionnelle subjective annoncée par l'assuré.

Dans ce contexte, nous avons effectué une expertise psychiatrique. Au terme de celle-ci, le Dr M. \_\_\_\_\_ conclut à l'absence de psychopathologie incapacitante. Il retrouve les critères pour un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée dans le contexte de la maladie cancéreuse et de son traitement ainsi que de la perte d'intégration professionnelle. Il rejoint en ceci l'appréciation du psychiatre qui a traité l'assuré de 2013 à 2015. Il souligne l'accentuation de certains traits de personnalité de type psychorigide et obsessionnel qui n'atteint pas le degré d'un trouble de la personnalité mais contribue à expliquer les difficultés de l'assuré à faire face à l'accumulation des problèmes somatiques qu'il a vécu au cours des dernières années. Le Dr M. \_\_\_\_\_ conclut à une rémission complète de la dépression réactionnelle. Malgré les discordances décrites ci-dessus, il n'y a pas d'argument pour évoquer un trouble somatoforme douloureux ni, à fortiori, une majoration volontaire des symptômes. Le caractère un peu démonstratif de l'assuré est à mettre sur le compte de ses origines méditerranéennes et de ses traits de personnalité. »

Concernant la capacité de travail d'X. \_\_\_\_\_, les médecins de la CRR ont pris position comme suit :

« En conclusion, les experts s'accordent à estimer que cet assuré présente une accumulation de problèmes somatiques qui entraînent une incapacité de travail complète dans l'activité de maçon, ceci depuis octobre 2010. Auparavant, il était en incapacité de travail à 20 % pour les suites d'une fracture de la malléole interne droite en 1994.

Les différentes anomalies somatiques entraînent des limitations fonctionnelles: pas de marche prolongée en terrain irrégulier, pas d'effort de manutention au-delà de 15 kg, pas de travaux en torsion du tronc répétée, ni avec des objets vibrants.

Dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles, il existe une capacité de travail de 70 %, toute pathologie confondue. Compte tenu de l'ensemble du dossier, l'incapacité de travail a évolué comme suit: à 100% du 10 janvier 2011 au 13 mars 2011, à 50% du 14 mars 2011 au 13 avril 2011 puis à 100% depuis le 4 avril 2011 jusqu'à février 2012, 50% de décembre 2012 au 20 avril 2014, 100% à partir du 20.04.2014 jusqu'en mai 2015. A partir de juin 2015, alors que le traitement psycho-thérapeutique était suspendu et l'état dépressif amélioré, la capacité de travail était de 70 % dans une activité adaptée.

Ce taux de 70% de capacité de travail résiduelle est une appréciation médico-théorique. En effet, le pronostic en termes de

reprise d'activité professionnelle est très sombre, principalement pour des raisons conjoncturelles, notamment l'âge de l'assuré, la très longue incapacité de travail, les problèmes d'acculturation et également du fait que l'assuré ne peut pas imaginer faire une autre activité professionnelle que celle de maçon.

Dans ces conditions, les mesures professionnelles semblent vouées à l'échec. Les experts n'ont pas de propositions thérapeutiques pour cet assuré qui bénéficie d'une prise en charge adéquate. »

A l'occasion de leur prise de position individuelle, le Dr L.\_\_\_\_\_ a notamment conclu en une incapacité de travail de 25% sur le plan rhumatologique pur, tenant compte des séquelles de la fracture de la malléole médiale droite et de la discopathie L4-L5. Il mettait également en évidence la disproportion des soupirs et le théâtralisme démontré par l'assuré durant l'évaluation. Quant au Dr M.\_\_\_\_\_, il constatait des ressources préservées, mentionnant notamment l'absence de retrait social, sa participation aux commissions avec son épouse, son intérêt pour les échecs et ses promenades quotidiennes. Ce médecin ne relevait en outre aucun signe d'incohérence, les quelques éléments de comportement démonstratif dans les examens pouvant être expliqués par le tempérament « méditerranéen » de l'assuré. Enfin, sous l'angle neurologique, le Dr L.\_\_\_\_\_ constatait que les douleurs déplorées ne pouvaient être expliquées par un socle organique, tant concernant les céphalées que les douleurs cervicales, lombaires ainsi qu'aux membres inférieurs. Ce médecin concluait ainsi à des céphalées de tension.

Le 10 juillet 2018, l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible et dégagé un préjudice économique à hauteur de 40,50%. Ce calcul comprenait un abattement de 15% en raison de l'âge de l'assuré, de ses années de service dans la même entreprise et de son taux d'occupation.

Par projet de décision du 11 juillet 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2015.

Le 7 septembre 2018, par l'intermédiaire de son conseil, X.\_\_\_\_\_ s'est déterminé quant au projet précité, faisant valoir qu'il n'avait aucune chance de retrouver un emploi en raison tant de son âge que de ses importantes limitations.

Par décision du 7 février 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision et accordé à l'assuré un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2015. Le degré d'invalidité se montait à 40,50%. Il incluait un abattement de 15% en raison de l'âge de l'intéressé, ses années de service et son taux d'occupation.

**C.**           **a)** Par acte du 6 mars 2019, X. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil Me Flore Primault, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'allocation d'une rente supérieure au quart de rente, selon un taux d'invalidité fixé à dire de justice. A titre liminaire, l'assuré faisait valoir une violation du droit d'être entendu, l'OAI n'ayant selon lui jamais pris position sur les observations effectuées le 7 septembre 2018. Il soutenait ensuite que son âge avancé, bientôt 62 ans au moment de ses observations, rendait illusoire la possibilité de retrouver un emploi. L'assuré soulignait également ses importantes limitations fonctionnelles. Un abattement de 15% comme retenu par l'OAI était ainsi manifestement insuffisant, ce dernier devant être porté à 20%, voire 25%.

**b)** Dans sa réponse du 4 juin 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée. Il rappelait que le moment déterminant concernant l'exigibilité de la capacité de travail d'un assuré approchant l'âge de la retraite était celui de la date de l'expertise médicale. En l'espèce, l'assuré avait 60 ans au moment de la réalisation de celle-ci. L'office retenait ainsi qu'il existait une grande diversité d'emploi accessible à l'assuré, notamment des activités industrielles légères de type conditionnement, du contrôle de qualité ou encore ouvrier de montage. Concernant l'abattement, il n'y avait pas lieu de prendre en compte des réductions supplémentaires.

**c)** Répliquant le 31 juillet 2019, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il faisait notamment valoir que l'OAI n'avait pas procédé à une analyse globale concernant ses chances de réinsérer le marché du travail. Il était en effet impossible qu'un employeur consente à engager un

homme âgé aujourd'hui de 62 ans et qui présentait des handicaps importants. L'intéressé soutenait la prise en compte d'un abattement de 20% au moins.

**d)** Dans sa duplique du 22 août 2019, l'OAI a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours formé contre la décision du 7 février 2018 a été interjeté en temps utile. Il respecte par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

**3.** Il convient en premier lieu d'examiner le grief formel soulevé par le recourant, selon lequel son droit d'être entendu aurait été violé, dans la mesure où l'OAI n'a jamais pris position sur les observations effectuées le 7 septembre 2018.

**a)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En

revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

**b)** Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

**c)** En l'espèce, contrairement à ce que soutient le recourant, l'intimé s'est déterminé sur les observations formulées par le recourant et ce à l'occasion de la motivation annexée à la décision querellée d'octroi d'une rente d'invalidité. En effet, dans sa motivation adressée le 12 décembre 2018 directement au mandataire de l'intéressé, faisant partie intégrante de la décision attaquée, l'office AI a exposé les raisons pour lesquelles une capacité de travail de 70% a été retenue, ceci sur la base de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par la [...]. Dite expertise pouvait, selon l'office intimé, se voir reconnaître une pleine valeur probante. Par la suite, la problématique concernant l'âge de l'intéressé, principalement le moment déterminant pour évaluer la question de l'utilisation de la capacité de travail résiduelle chez une personne d'âge avancé a été

traitée, suivie du raisonnement menant à la limitation de l'abattement à 15%.

**d)** Au vu de ce qui précède, le grief tiré de la violation du droit d'être entendu doit être rejeté.

**4. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**c)** Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie 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 (art. 28 al. 2 LAI).

**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).

**6. a)** Le recourant conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle de 70%.

**b)** A l'occasion de leur rapport d'expertise du 25 avril 2017, les médecins de la [...] ont retenu un status après fracture de la malléole médiale droite en 94 compliquée d'une algodystrophie et d'une lésion ostéochondrale du pilon tibial sans raideur articulaire et des lombosciatalgies droites dans un contexte de troubles dégénératifs modérés et d'une hernie discale L4-L5 de petite taille, dites pathologies ayant une influence sur la capacité de travail. Cette dernière, en tenant compte des limitations fonctionnelles du recourant (pas de marche prolongée en terrain irrégulier, pas d'effort de manutention au-delà de 15 kg, pas de travaux en torsion du tronc répétée ni avec des objets vibrants), pouvait être arrêtée à 70%, toute pathologie confondue, dans le cadre d'une activité adaptée. L'activité habituelle de maçon n'était cependant plus exigible. Une telle capacité de travail intervenait dès le mois de juin 2015, date de l'amélioration de l'état dépressif présenté par l'intéressé.

**c)** En l'occurrence, les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par les médecins de la [...] peuvent être suivies. En effet, elle aborde de manière circonstanciée les différents points litigieux du cas d'espèce et se fonde sur un examen complet de la situation médicale du recourant, prenant en compte les plaintes de l'intéressé. Chaque médecin a réalisé un rapport détaillé dans son domaine propre de compétence, les constatations cliniques ayant ensuite été discutées en plenum. L'appréciation pluridisciplinaire se présente ainsi sous la forme d'une synthèse particulièrement détaillée, passant en revue l'entier du tableau clinique présenté par le recourant. Les conclusions qui en résultent sont en outre claires et détaillées. Concernant le volet psychiatrique de l'expertise en question, celui-ci n'est pas critiquable au regard de la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral en matière d'appréciation de la capacité de travail d'une personne souffrant d'une atteinte à la santé psychique (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). En effet, dite appréciation contient notamment la description faite par le

recourant de ses activités quotidiennes, nécessaire afin d'évaluer les ressources dont continue à disposer l'intéressé.

**d)** Quant aux conclusions émises par les médecins traitants, elles ne sauraient remettre en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire. On remarque au contraire que les constatations du Dr P.\_\_\_\_\_ rejoignent celles des médecins de la CRR, notamment sur le plan diagnostique et des limitations fonctionnelles. Concernant la capacité de travail, le Dr P.\_\_\_\_\_, à l'instar des conclusions de l'expertise, exclut l'exercice de l'activité habituelle de maçon (rapport du 4 mai 2016). Il retient également que seules des activités en position assise, ou en alternant les positions, pouvaient être envisagées dans le cadre d'une reprise progressive et d'un taux d'activité limité à 70-80%. Ce dernier constat rejoint les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 27 avril 2018.

Quant au Dr Q.\_\_\_\_\_, à l'occasion de son rapport du 28 septembre 2015, il a retenu une incapacité totale sur le plan psychique, tout en relevant la difficulté de se prononcer avec certitude sur cet aspect du tableau clinique. A l'occasion de son rapport établi le 30 août 2016, ce médecin retenait désormais un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques ainsi qu'un trouble de l'adaptation. Si une péjoration était effectivement constatée, le Dr Métraux s'abstient d'en décrire l'impact sur la capacité de travail du recourant, spécialement sur l'exercice d'une activité adaptée. Les constatations du Dr Q.\_\_\_\_\_ ne sauraient ainsi mettre en doute l'analyse particulièrement méticuleuse des médecins de la [...].

**e)** Au vu de ce qui précède, l'OAI était fondée à retenir une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée dès le mois de juin 2015.

**7. a)** Il convient dès lors de déterminer si la capacité résiduelle de travail de 70 % est exploitable sur le marché du travail équilibré. Pour le recourant, aucun employeur ne consentirait à son engagement en

raison de son âge et de ses limitations, spécialement son manque de formation.

**b)** Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, 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 (TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C\_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). 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\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C\_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable

pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références).

Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs 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).

c) En l'espèce, la date déterminante pour examiner l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative peut être fixée à avril 2017, soit à la date du rapport d'expertise. Le recourant, né en mars 1957, était alors âgé de 60 ans et 1 mois, soit un âge où une reconversion professionnelle peut apparaître difficile.

Après sa scolarité obligatoire, le recourant est allé au gymnase, puis a suivi une formation d'ébéniste à Belgrade en 1980. Ensuite, il a occupé des emplois de maçon au Kosovo et en Serbie, puis en Suisse dans la même entreprise depuis 1987, et ce jusqu'en 2013. En 2012, il a dû effectuer des stages qui n'ont toutefois pas débouché sur un engagement. Le fait que le recourant a été actif essentiellement dans le secteur de la construction depuis près de vingt ans, dans la même entreprise, peut effectivement constituer une difficulté afin de s'adapter à un nouvel environnement de travail. Cependant, aucun élément ne permet d'affirmer que cette difficulté est insurmontable ni qu'elle ne saurait être exigée de l'intéressé, conformément au principe général selon lequel l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui afin d'atténuer les conséquences de son invalidité. La carrière de l'intéressé ne s'est effectivement pas limitée à son activité en Suisse, le recourant ayant connu divers emplois pendant les dix premières années de sa carrière professionnelle, notamment comme maçon indépendant. Il a su ensuite s'adapter à une entreprise suisse et à s'y faire apprécier dès son arrivée. On relève que l'expert psychiatre a noté que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées vu le manque de motivation de l'assuré. Ce manque s'expliquait notamment par les principes de vie du recourant, l'ayant conduit à s'engager chez un seul patron, désireux de le servir fidèlement jusqu'à sa retraite. De telles limitations ne relèvent pas des pathologies médicales constatées, ni à des problèmes d'adaptabilité, mais bien plus à des choix personnels qui ont amené le recourant à travailler auprès de la même entreprise pendant plus de vingt ans.

En avril 2017, le recourant disposait de cinq années avant de faire valoir son droit à la retraite. Cet intervalle permettait assurément d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice d'une activité

adaptée. L'adaptation à un nouvel environnement de travail apparaît en outre comme exigible sur le plan médical. En effet, on observe que le recourant dispose de certaines ressources ; il a été en mesure de se rendre seul à la [...] en train, de se loger dans un hôtel à proximité la veille de son entrée en court séjour, de suivre régulièrement les informations à la télévision, de jouer aux échecs en ligne, de se promener quotidiennement pendant environ une heure, de conduire le véhicule de son fils à raison d'une centaine de kilomètres par mois, de maintenir de bonnes relations familiales ainsi que des interactions sociales régulières. L'intéressé est décrit comme ayant le contact facile, une pensée rapide, très fluide et bien structurée. Au vu des constatations du spécialiste en psychiatrie, l'assuré apparaît comme une personne de bonne intelligence disposant d'une personnalité équilibrée. Aucun ralentissement psychomoteur n'est constaté, l'attention et la concentration étant conservées. L'expert psychiatre n'a pas observé de fatigabilité mentale pathologique, ni de diminution du rendement mental. Pour le Dr M.\_\_\_\_\_, les ressources du recourant l'aideront à surmonter ses problèmes de santé physique.

Au vu de ce qui précède, l'intéressé semble disposer tant des compétences que des capacités nécessaires à une reconversion professionnelle dans une activité simple et légère. En outre, les activités simples et répétitives ne nécessitent pas de bonnes connaissances linguistiques ni un niveau d'éducation particulier (ATF 143 V 431).

Dans ces conditions, on peut considérer que la mise en œuvre d'une capacité de travail résiduelle de 70 % apparaît réalisable sur un marché du travail équilibré. En effet, il n'apparaît pas que l'activité exigible, au sens de l'art. 16 LPGa, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant.

On ajoute que, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016, consid. 4.1).

On rappelle également que le recourant ne souffre pas d'atteinte psychique invalidante et que les atteintes somatiques n'engendrent que des limitations fonctionnelles relativement restreintes ; ainsi, la marche prolongée en terrain irrégulier, l'absence d'effort de manutention au-delà de 15 kg et de travaux en torsion du torse répétée, ni avec des objets vibrants, laissent de nombreuses possibilités sur le marché de l'emploi. L'effort prévisible de conversion est ainsi relatif dès lors que des emplois légers ne nécessitent, comme développé précédemment, aucune formation ni d'expérience préalable. En effet, l'invalidité est une notion économique (ATF 110 V 273 consid. 4a p. 275 s.). Elle s'analyse en fonction du marché équilibré du travail, notion théorique et abstraite impliquant notamment un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre ainsi qu'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 (cf. notamment arrêt 9C\_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et les références). Or il n'est pas irréaliste d'admettre qu'un tel marché équilibré, et non concret, offre à un assuré âgé d'environ soixante ans disposant d'une capacité de travail à 70% et d'une solide expérience professionnelle de réelles possibilités d'embauche dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que des activités industrielles légères de type conditionnement, contrôle de qualité et ouvrier de montage, notamment.

**8. a)** Afin de déterminer le degré d'invalidité du recourant, la méthode de comparaison des revenus a été utilisée par l'intimé (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30). En l'occurrence, l'utilisation de la méthode de comparaison des revenus n'est pas remise en cause par le recourant.

**b)** En ce qui concerne le taux d'abattement, on rappellera que la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques (enquête suisse sur la structure des salaires ; ESS) 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. Une telle réduction n'est cependant pas automatique (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 s ; TF 9C\_273/2019 du 18 juillet 2019 consid 5.1).

**c)** Le recourant conteste l'abattement effectué par l'intimé sur le revenu avec atteinte à la santé, à hauteur de 5% pour l'âge, de 5% pour les années de service dans la même entreprise et de 5% pour un taux partiel de travail. Il soutient l'application d'un abattement à hauteur de 20% au minimum.

En l'espèce, dans le cadre de la comparaison des revenus, l'intimé a fixé le revenu sans atteinte à la santé à 66'628 fr. 25, celui avec atteinte à la santé à 39'643 fr. 80. Une perte de 26'984 fr. 45 en résulte, correspondant à un degré d'invalidité de 40,50%. La déduction de 15% opérée par l'intimé sur le revenu avec atteinte à la santé apparaît adéquate, prenant en compte de manière satisfaisante les différents facteurs péjorant la mise à profit de la capacité résiduelle du recourant sur le marché du travail. L'absence de réduction supplémentaire pour les limitations fonctionnelles constatées ne prête pas le flanc à la critique, ces dernières étant suffisamment prises en compte avec la réduction du taux d'activité (TF 9C\_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.1). L'argument selon lequel, avec une activité légère, le recourant perçoit un salaire plus bas qu'avec une activité lourde, n'est en l'occurrence pas pertinent. En effet, à l'occasion de la comparaison des revenus, il est tenu compte de la différence de revenus entre les activités avec et sans invalidité. Il en

résulte que, dans le cas du recourant, un abattement de 15% est admissible.

**9. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours 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 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 (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 février 2019 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 d'X.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Flore Primault, 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 :