

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 décembre 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bonard, assesseurs
Greffière : Mme Pasche

* * * * *

Cause pendante entre :

F. _____, à Ste-Croix, recourant, représenté par Me Laurent Damond,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8, 16 et 17 LPGA; 4 al. 1 LAI et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 6 novembre 1955, marié, père de deux enfants majeurs, titulaire d'un CFC de boucher-charcutier, a été victime d'un accident de la circulation routière en 1981.

Dès le 1^{er} novembre 1984, il a réduit son activité de boucher indépendant à 50 pour-cent. Le 27 janvier 1987, il a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente.

Dans son rapport médical du 2 février 1987 au Secrétariat AI du canton de Vaud, le médecin traitant de l'assuré, le Dr X._____, chirurgien FMH, a posé les diagnostics de spondylolisthésis L4-L5 et L5-S1 avec syndrome du canal lombaire étroit et d'état après fracture compliquée du fémur gauche avec hernie musculaire comme unique séquelle. Ce praticien estimait que l'incapacité de travail de son patient était de 50% dès le 1^{er} novembre 1984 pour une durée indéterminée. Dans son rapport médical du 2 octobre 1989 à la Commission AI du canton de Vaud, le Dr X._____ a indiqué qu'il n'y avait pas de changement et que la capacité de travail de 50% convenait à l'assuré. Il se référait en outre à un rapport d'expertise établi le 4 février 1988 par le Dr C._____, chirurgien orthopédique, dont il relevait ce qui suit:

«Le spécialiste orthopédiste met en évidence deux sources d'invalidité:

- séquelles d'une fracture du fémur gauche caractérisée par un défaut d'axe de 12° de varus et d'une légère rotation externe,
- important spondylolisthésis L5-S1 avec un glissement de 11 mm et un pincement discal postérieur importante.»

Le 7 mars 1990, l'Office régional AI a établi un rapport concernant l'assuré, dont les conclusions étaient les suivantes:

«M. F. _____ est âgé de 35 ans. Il a été victime d'un accident de la circulation le 27 juillet 1981, alors qu'il avait décidé de devenir bûcheron, avec un ami, tout en continuant à «faire boucherie» pour des particuliers.

Rencontrant d'importants problèmes financiers dus au fait que son assurance refusait de le prendre en charge, en raison d'un contrôle d'alcoolémie, qui heureusement par la suite s'est avéré inexact. Il a alors exploité dès que sa santé le lui a permis sa boucherie de Ste-Croix.

Depuis cet accident, et l'ouverture de son commerce, il ne pense plus avoir présenté une capacité de travail et de gain supérieure à 50%. Il admet que dans d'autres activités moins pénibles et mieux adaptées à sa santé, il serait à même de gagner normalement sa vie (représentant ou chauffeur par exemple, métiers cités par l'intéressé). C'est pourquoi, il a mis des annonces dans un journal corporatif pour vendre sa boucherie. Il affirme n'avoir reçu jusqu'à présent aucune offre valable. Il souhaite que l'AI lui verse une rente partielle en attendant, car il ne peut pas fermer boutique, une telle décision, sans vente et sans reprise intéressante, serait pour lui financièrement insupportable. Par la suite, il pense qu'il ne rencontrerait aucune difficulté à retrouver un emploi salarié, vu ses connaissances professionnelles qu'il a sans cesse améliorées, selon ses déclarations, par des cours de dactylographie et d'informatique, par exemple. Nous soulignons qu'il est expert aux examens de fin d'apprentissage des bouchers-charcutiers.»

Il était précisé ce qui suit dans une fiche d'examen du dossier de l'assuré du 30 avril 1990:

«Proposition: dans son travail actuel de boucher la capacité semble de 50% selon rapport médical du 2 octobre 1989. Il est difficile d'évaluer sa capacité de gain en tant que boucher à son compte car a repris une activité d'indépendant après son accident.

S'en tenir aux constatations médicale et LM 1.11.1984 et droit à une demi-rente AI dès le 1.1.1986 (art. 48 LAI sur requête).»

Par décisions des 2 et 20 juillet 1990, le droit à une demi-rente d'invalidité a été reconnu à l'assuré dès le 1^{er} janvier 1986.

Dans un rapport médical intermédiaire du 29 mai 1992, le Dr X. _____ a relevé que la situation de son patient restait inchangée.

Par prononcé du 11 juin 1992, le Secrétariat AI a informé l'assuré qu'il constatait que l'invalidité n'avait pas subi de modification susceptible d'influencer son droit à la rente.

Dans un rapport intermédiaire du 4 août 1994, le Dr X. _____ a observé que le patient venait d'être opéré d'une lithiase biliaire (opération laparoscopique) et proposait que la demi-rente soit suivie.

Par communication du 16 août 1995, l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a informé l'intéressé qu'il continuerait à recevoir les mêmes prestations qu'auparavant.

Dans un rapport médical du 23 février 1999 à l'OAI, le Dr X. _____ a indiqué que l'état de santé de son patient s'était aggravé avec l'apparition d'une nouvelle pathologie (tunnel carpien bilatéral). Le médecin traitant proposait cependant que la rente reste inchangée, malgré la légère aggravation de la situation.

Par communication du 20 mai 1999, l'OAI a informé l'assuré que la situation sur le plan médical s'était un peu aggravée mais que l'incapacité de travail était toujours estimée à 50%, si bien que la rente qu'il percevait ne subirait aucun changement.

Dans un questionnaire pour la révision de la rente du 10 juillet 2001, l'assuré a indiqué qu'il présentait des problèmes de dos et de jambe et qu'il se «paralysait» s'il demeurait trop longtemps debout. Il précisait qu'après modification de son état de santé, il ne pouvait travailler que 20 heures par semaine, contre 24 heures auparavant.

Le 27 janvier 2002, en descendant de cheval, il s'est tordu la cheville et le pied droit en inversion. Il s'est rendu en consultation au Centre hospitalier Yverdon Chamblon (ci-après: CHYC) où l'on a posé le diagnostic de fracture du pilon tibial droit déplacée, nécessitant une intervention chirurgicale. Cette intervention a été repoussée, probablement en raison de la tuméfaction locale, et une attelle cruro-pédieuse a été posée. Le membre inférieur droit était surélevé, le patient devant rester au lit. Pour des raisons professionnelles, celui-ci a refusé de rester hospitalisé et est rentré à son domicile le 28 janvier 2002.

Il a été hospitalisé à nouveau dans le même établissement le 4 février 2002 et l'intervention chirurgicale envisagée a été pratiquée le 6 février 2002 par le Dr R._____, chirurgien orthopédique. Les suites ont été simples et le patient est rentré à son domicile le 8 février 2002, contre l'avis, semble-t-il, du corps médical. Après des plâtrages et physiothérapie de remise en route, la situation a paru s'améliorer.

Une enquête économique pour les indépendants a été mise en œuvre le 7 mars 2002. L'économiste a conclu dans son rapport du 13 mars 2002 que l'invalidité pouvait être maintenue inchangée à 50 pour-cent.

Le 8 mai 2002, alors qu'il se trouvait à son domicile, l'assuré a fait une chute dans les escaliers en retombant sur le dos. Il en est résulté une nouvelle fracture du pilon tibial droit, cette fois au niveau de la partie antérieure de la métaphyse tibiale. Les médecins du CHYC ont prodigué un traitement conservateur (utilisation d'une nouvelle botte plâtrée pendant douze semaines, sans appui et sans mobilisation de la cheville, puis physiothérapie de mobilisation). La persistance des douleurs a motivé l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au CHYC en septembre 2002. Cette intervention a amélioré la mobilité de la cheville droite; la symptomatologie douloureuse et la mobilité tibio-tarsienne ne se sont pas améliorées.

Par décision du 22 novembre 2002, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait constaté que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'il continuait ainsi à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour.

L'assuré a été adressé à l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande où il a été vu le 1^{er} mai 2003 par la Dresse B._____. Celle-ci a diagnostiqué une arthrose post-traumatique de la cheville droite.

Le 9 octobre 2003, E._____, Société d'Assurances (ci-après: E._____), assureur accidents de l'assuré, a demandé au Dr R._____

des informations au sujet du patient. Ce médecin a répondu le 22 octobre 2003 que l'intéressé avait effectivement été traité au CHYC pour les suites des deux fractures dont il avait été victime. S'agissant de l'accident du 8 mai 2002, il a précisé qu'une seconde intervention avait été proposée au patient, qui l'avait catégoriquement refusée. C'est la raison pour laquelle les médecins avaient poursuivi le traitement conservateur et procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en octobre (recte: septembre) 2002. Les suites n'étant pas satisfaisantes, le patient s'était progressivement rendu compte qu'il devait accepter une prise en charge agressive. Compte tenu des antécédents, le patient avait été adressé à l'Hôpital orthopédique, qui le suivait depuis le 1^{er} mai 2003.

Dans un rapport du 17 novembre 2003, le Dr L._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de E._____, a exprimé l'avis que l'évolution actuelle était liée au traumatisme du 8 mai 2002, qui aurait dû être clairement traité chirurgicalement. Dans ce cas, l'évolution aurait été bien plus favorable.

Le 20 juillet 2004, sur requête de l'OAI, l'assuré a complété un questionnaire pour la révision de la rente. Il y a relevé que sa situation s'était aggravée en janvier 2002, indiquant au sujet de la modification: «Accident de cheval pied droit cassé le 27.1.02 et le même mai 2002». Il indiquait que son incapacité de travail était de 100% jusqu'à ce jour et qu'il avait dû par obligation et à la suite de son accident arrêter son entreprise au 31 décembre 2003, date dès laquelle il n'avait plus de revenu.

E._____, a confié une expertise au Dr K._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a rendu son rapport le 26 juillet 2004. L'expert a posé le diagnostic d'arthrose tibio-tarsienne droite post-traumatique, attribuable aux deux accidents successifs, mais plus particulièrement à celui du 8 mai 2002, en raison du déplacement de la fracture non réduite. L'état définitif n'était pas atteint. Un traitement médical ultérieur était nécessaire, soit sous la forme d'une arthrodèse tibio-tarsienne, soit d'une prothèse totale de la cheville droite. En cas

d'acceptation de l'intervention chirurgicale préconisée par le Dr R. _____ et sous réserve d'une réduction anatomique avec bonne évolution, la capacité de travail en tant que restaurateur aurait été de 100 pour-cent. Répondant à des questions complémentaires de E. _____, le Dr K. _____ a encore précisé que la fracture présentée le 27 janvier 2002, à basse énergie, peu déplacée et suivie d'une intervention chirurgicale avec bonne réduction avait laissé intactes les chances d'une restitution ad integrum extrêmement élevées.

Dans un rapport médical du 28 septembre 2004 à l'OAI, la Dresse B. _____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de séquelles de fracture du pilon tibial droit existant depuis le 22 février 2002 à la suite d'un accident de cheval et de status post-fracture du péroné gauche en mai 2002. Elle a estimé que les handicaps fonctionnels dans la dernière activité étaient les suivants: «Limitation du périmètre de marche à 1h30. Déroutage matinal. Limitation de la mobilité au niveau de la cheville gauche». Elle était d'avis que les handicaps fonctionnels affectaient la capacité de travail de l'assuré et constatait que lors du dernier contrôle du 15 juillet 2003, le patient avait montré une bonne amélioration sur traitement conservateur d'AINS et d'antalgique. Il avait envisagé éventuellement de reprendre une partie de son travail et présentait une arthrose post-traumatique de la cheville gauche.

Le Service médical régional AI (ci-après: SMR), par la Dresse Q. _____, a rendu un avis médical à la teneur suivante le 11 mars 2005:

«Révision d'une demi-rente (invalidité 50%) depuis janvier 1986, en raison de problèmes lombaires et des suites d'une fracture compliquée du fémur gauche. L'assuré étant boucher indépendant, une activité adaptée n'a pas été prise en compte, l'assuré ne pouvant pas vendre sa boucherie, alors que sa capacité de travail était entière. Lors de la dernière révision, le statu quo a été maintenu en raison d'une capacité de travail n'excédant pas 50%, malgré une nouvelle orientation de sa boucherie. Le 02.06.04, il a été surpris en compagnie de 6 autres personnes à travailler au noir entraînant de faire des travaux de démolition et de nettoyages. A noter que parmi les 7 personnes contrôlées, 4 ont des dossiers AI.

En janvier 2002 et en mai 2002, l'assuré a présenté une fracture de la cheville droite et en mai de la cheville gauche selon les rapports ou gauche selon d'autres rapports. L'assurance accident a mis fin à ses prestations en septembre 2002, en raison de la mauvaise collaboration de l'assuré à son traitement.

Ce dossier m'est soumis pour répondre à un certain nombre de questions qui figure dans la fiche d'examen du dossier N° 10.

Sur la base du dossier uniquement, il m'est impossible d'y répondre, raison pour laquelle je vous propose d'effectuer une expertise rhumatologique qui tiendra compte de tous les problèmes ostéo-articulaires.»

Le 17 mars 2005, l'OAI a informé l'assuré qu'il était nécessaire de procéder à une expertise médicale pour évaluer le droit à des prestations de l'AI. Celle-ci a été confiée au Dr D._____, spécialiste médecine physique et réadaptation. Ce dernier a rendu son rapport d'expertise le 2 août 2005. Il a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'arthrose tibio-tarsienne de la cheville droite, de lombalgies chroniques et de spondylolesthésis de grade 1 sur spondylolyse L4-L5. Cet expert a encore relevé ce qui suit:

«B) Influences sur la capacité de travail

1. limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Sur la base du dossier, de l'entretien et de l'examen clinique lors de l'expertise, j'estime que toutes les limitations fonctionnelles relèvent uniquement de l'ordre orthopédique.

Dans un premier temps, concernant l'arthrose tibio-tarsienne, on peut définir les limitations fonctionnelles suivantes: station debout immobile de plus de 60min, marche et travail en terrain irrégulier ainsi qu'accroupi, à genou ou sur une échelle. Port de charges de plus de 25 kg.

Concernant la pathologie rachidienne, on peut relever les limitations fonctionnelles suivantes: station debout immobile de plus de 60 min, station assise immobile de plus de 45 min, besoin d'alterner les positions de façon régulière et horaire, port de charges de plus de 15 à 20 kg, travail prolongé en porte à faux, réclinaison lombaire et torsion axiale du tronc.

2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Il est à relever que jusqu'au 27.01.2002, date du premier traumatisme de la cheville droite, M. F._____ travaillait comme boucher et également comme intendant dans l'hôtel familial. D'un point de vue somatique il ne présentait à cette époque que des lombalgies chroniques. Ainsi, j'estime qu'il présentait à l'époque une pleine capacité de travail; en effet, la description du poste de travail tel qu'il me l'a confié lors de l'entretien, correspond à mon sens à un poste adapté. Il n'existe en effet pas de port de charges, les seules limitations à respecter sont celles de l'alternance

des positions. On peut donc raisonnablement mettre une diminution de rendement de 20%, sur une capacité de travail exigible de 100%.

Cependant, dès le 27 janvier 2002, la situation fonctionnelle de M F._____ se modifie suite à la fracture de la cheville droite puis de re-fracture de mai 2002. Si on se trouve dans la même situation que la description du poste de travail avec depuis lors, une prépondérance de travail de bureau, surveillance de chantier et marketing dans cette activité, il me semble raisonnable de conclure à une capacité de travail de 60%, sans diminution de rendement.

2.2 La capacité résiduelle de travail de M F._____ dans sa dernière activité reconnue, (décrite par lui-même comme légère et rendant compte principalement de travaux de surveillance de chantier, administration et marketing) peut donc être considérée comme supérieure à 60%. Afin d'être plus précis, on peut se baser sur le point 2.5 de l'expertise du Dr K._____ qui attribue une incapacité de travail de l'ordre de 25% à l'arthrose tibio-tarsienne. Dans ce contexte, la capacité de travail globale de M. F._____, dans son activité décrite comme adaptée, doit être considérée de l'ordre de 75%.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici rendant compte principalement du travail administratif est encore exigible et ce à 75%.

2.4 Dans ce taux d'activité il n'existe pas de diminution de rendement.

2.5 Si l'on considère toute l'évolution médicale et professionnelle je pense que jusqu'au 27.01.2002, la capacité de travail doit être considérée comme complète avec diminution de rendement de l'ordre de 20%. Depuis le 27.01.2002, la situation est compliquée par l'apparition d'une double fracture de la cheville droite (en deux temps, janvier et mai 2002) se compliquant d'une arthrose tibio-tarsienne. Cependant il est raisonnable de retenir qu'à partir du 01.01.2003, une capacité de travail de l'ordre de 75% dans une activité adaptée telle que décrite par M. F._____ doit être considérée comme exigible. Depuis lors, principalement en raison du renoncement de M. F._____ à une arthrodèse tibio-tarsienne ou la mise en place d'une prothèse totale de la cheville droite, cette capacité de travail n'a pas évolué ni dans un sens, ni dans l'autre. Cependant, je tiens également à souligner, comme mon collègue Dr K._____, qu'avec la réalisation d'une telle intervention chirurgicale, la capacité de travail exigible, dans une activité semi-sédentaire devrait être probablement augmentée de l'ordre de 100%.

[...]

C) Influences sur la réadaptation professionnelle

I. Des mesures sur la réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Dans ce contexte d'un poste de travail adapté, semi-sédentaire et respectant les limitations fonctionnelles énoncées plus hauts, je pense que des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas indiquées dans cette situation.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent

2.1 Le poste de travail, semi-sédentaire décrit par M F._____, me semble adapté aux limitations fonctionnelles.

[...]

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

3.1 La capacité de travail dans une telle activité étant de l'ordre de 75%, je pense que ce point n'est pas d'actualité.

3.2 L'activité adaptée aux limitations fonctionnelles est exigible à 75%.

3.3 Il n'y a pas de diminution de rendement dans ce cadre horaire.

[...]

Remarques

Je voudrais également mentionner mon étonnement à la lecture d'une pièce provenant des contrôles des chantiers de la construction du canton de Vaud, rapport N° 2004.2082. En effet, dans ce rapport, il est mentionné que M. F. _____ se trouvait être sur un chantier. Ceci devrait être, au cas où la véracité des faits était démontrée, tenu compte dans l'évaluation de l'incapacité de travail.

La deuxième remarque tient à la fiche d'examen N° 10 établie le 03.03.2005. Je pense, à l'instar du Dr K. _____, chirurgien spécialisé dans la traumatologie de la cheville et du pied, qu'il est médicalement raisonnable d'attendre une amélioration de la symptomatologie douloureuse et surtout des limitations fonctionnelles après la réalisation d'une arthrodèse tibio-tarsienne ou dans une mesure peut-être plus aléatoire, la mise en place d'une prothèse totale de la cheville. Si ceci était fait, je pense qu'il est également raisonnable d'attendre une durée de 4 mois après la réalisation de la dite opération pour pouvoir atteindre une capacité de travail complète. Ceci est uniquement vrai dans une activité professionnelle de type sédentaire ou semi-sédentaire, limitant les déplacements et les ports de charges.»

Dans un rapport du 11 octobre 2005, la Dresse P. _____ du SMR, médecin interniste, a retenu une capacité de travail de 75% dans la dernière activité de l'assuré, adaptée aux limitations fonctionnelles.

Un entretien avec l'assuré a eu lieu le 27 septembre 2006. Il en résulte ce qui suit:

«Nous rencontrons l'assuré dans le cadre d'une révision de son dossier. Bien que respectueux, M. F. _____ peine à nous donner les informations nécessaires à notre analyse et reste volontairement flou dans ses réponses. Voici ce qu'il ressort de l'entretien sur son parcours professionnel:

Année	Activité	Remarques
1985 - 2003	Boucher indépendant	Travaille à 50% puis 15% depuis 2000 selon ses dires. Or dans l'enquête économique réalisée le 13.03.02, il mentionne qu'il travaille 24h/sem soit env. 57%. La diversification de l'entreprise avec la vente de fondue chinoise ne lui a pas permis d'augmenter son temps de travail même si l'activité était plus adaptée. Il a stoppé et remis son entreprise le 31.12.2003 pour raison de santé.

Janvier 2002	Intendant dans l'hôtel de son épouse	Dit travailler 3 à 4 h/j, sans rétribution. On note qu'à ce moment-là M. F. _____ cumulait 2 emplois qui l'occupaient environ à 100%
Depuis janvier 2002	Plus aucune activité lucrative	Son épouse ouvre à son nom une entreprise de démolition (sous V. _____ — cf. enquête diverses du 29.02.04). M. F. _____ nous dit y travailler d'abord 3 h/sem puis à 50% au bureau pour la facturation et les devis, Il dit aussi faire 2h/j sur les chantiers. Lorsque nous le confrontons à ses différentes affirmations, il argumente qu'il doit travailler plus intensivement à certaines périodes.

Pour sa dernière activité, il ne serait pas rémunéré. Il ne recevrait aucune prestation d'autres assurances. C'est son épouse qui fait tourner le ménage.

Sur le plan de la santé, M. F. _____ souffre du dos et du pied et prend pour cela des Dafalgan 1x/jour, des Voltaren 2x/jour et à de rares occasions du Tramal quand la douleur est trop forte. Dans l'expertise du Dr D. _____ du 02.08.05, on peut lire que l'assuré n'a plus de traitement hormis le Dafalgan. Les LF qu'il nous décrit sont identiques à celles rapportées dans l'expertise. Il n'envisage aucun reclassement professionnel et s'estime en droit de continuer à recevoir sa rente. Nous lui faisons part de l'avis SMR du 11.10.05 qui fixe la CT à 75% dans une activité adaptée, avis qu'il réfute. Jusqu'en 2002, date de l'accident, il aurait travaillé comme boucher à 100% avec une diminution de rendement de 20% liée à sa pathologie lombaire uniquement. La pathologie de la cheville se surajoute aujourd'hui, c'est pourquoi est retenue une CT de 75% dans une activité adaptée.»

Dans un avis médical du 12 décembre 2006, la Dresse P. _____ du SMR a retenu ce qui suit:

«Nous avons deux expertises qui retiennent une CT de 75% dans une activité adaptée.

L'expertise du 26.07.2004 du Dr K. _____, chirurgien orthopédiste, pour l'assurance E. _____, retient le diagnostic d'arthrose tibiotarsienne droite enraidissante. Il existe des douleurs et une raideur au démarrage. Comme employé de bureau par exemple, la CT est de 75%. Il s'agit d'une arthrose secondaire à deux accidents. L'invalidité permanente est fixée à 20%.

L'expertise du Dr D. _____, médecine interne et du sport, médecine physique et rééducation, datée du 02.08.2005, page 7, estime que la CT avant les accidents de 2002 est de 100% dans une activité adaptée en raison des lombalgies, cependant avec une diminution de rendement de 20% permettant le respect des limitations fonctionnelles. La CT est donc avant l'accident de 80%. Depuis les deux accidents il existe un diagnostic supplémentaire d'arthrose tibiotarsienne et le Dr D. _____ rejoint les

mêmes conclusions que le Dr K._____. Le Dr D._____ estime donc que la CT est diminuée de 20% pour le dos et de 25% pour l'arthrose tibiotarsienne.

Il me paraît justifié d'admettre les CT retenues par les deux experts: il existe des douleurs et un enraidissement de la cheville. Je maintiens qu'à mon avis, on ne peut pas exiger une opération par arthrodèse ou autre de la cheville pour améliorer la CT.

La CT est de 75% dans une activité adaptée.»

La motivation d'un rapport initial et final du 6 février 2007 établi par la Division administrative de l'OAI était la suivante:

«Nous sommes en présence d'un assuré au bénéfice d'une demi-rente depuis 1986, demi-rente qui s'est basée sur une approche purement médico-théorique. M. F._____ possède un CFC de boucher-charcutier, donc une formation reconnue, et a principalement exercé son métier en tant qu'indépendant, ce qui nous laisse à penser qu'il a certaines compétences, notamment de gestion administrative.

Suite à la révision de ce dossier, voici les éléments que nous avons pour nous déterminer quant au préjudice économique.

Tout d'abord en ce qui concerne le RS 2003, nous prendrons, comme précisé dans notre note du 5 février 2007, celui estimé de boucher indépendant. Le 1^{er} accident survient en 1981 alors que l'assuré vient juste d'être indépendant. Les revenus des années suivantes ne sont donc pas représentatifs de sa situation économique réelle. Selon les indications de l'Association vaudoise de Maître bouchers et charcutiers (cf. site salaire emploi 2003), un boucher indépendant gagne Sfr. 3'900.- et un boucher assumant des responsabilités Sfr. 4'410.-. Comme le salaire d'un responsable de filiale n'est pas indiqué, puisque «sur entente», on peut alors estimer qu'il est proche des Sfr. 5'000.-/mois soit Sfr. 65'000/an.

Selon la méthode de calcul ESS, année 2003, sans qualification particulière et pour des tâches simples et répétitives, notre assuré gagnerait Sfr. 41'186.-. Le préjudice économique est de 36% (cf. feuille de calcul ESS 1 en annexe).

Or, au vu de ce qui précède, nous pensons que M. F._____ pourrait acquérir de nouvelles connaissances professionnelles spécialisées, par l'intermédiaire d'un reclassement, ce qui permettrait de réduire le préjudice. Pour l'heure, il ne nous est pas possible de lister des activités adaptées types. Par contre, selon l'ESS TA 3, nous pouvons chiffrer le RI moyen que notre assuré aurait pu obtenir après reclassement, soit Sfr. 49'646.- (cf. feuille de calcul ESS 2 en annexe). Le préjudice économique passe alors à 23% et reste donc important.

Selon notre entretien du 26 septembre 2006, M. F._____ n'étant pas partant pour la mise en place de mesures professionnelles, nous archivons son dossier en vous laissant le soin d'y donner la suite qui convient. Par contre, si notre assuré souhaite à l'avenir entrer en matière pour des mesures, il y aura lieu d'organiser un stage d'orientation pour déterminer un projet professionnel concret.»

Par projet de décision du 9 octobre 2007, entièrement confirmé par décision du 19 novembre 2007, s'appuyant sur l'art. 88bis al. 1 a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, en se fondant sur un taux d'invalidité de 36% après comparaison entre le revenu annuel qui aurait pu être perçu sans invalidité en 2003 (65'000 fr.) et celui retenu avec invalidité, compte tenu que l'assuré pourrait exercer une activité légère de substitution à 75%, avec un abattement de 5% (23'813 fr. 09).

B. Le 21 décembre 2007, l'assuré, par son conseil, a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal des assurances. Il conclut préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et principalement à l'annulation de la décision, la demi-rente continuant à être versée. Le recourant soutient en substance que sa situation s'est aggravée en 2002, que son revenu annuel professionnel raisonnablement exigible sans invalidité n'a pas pu changer depuis l'octroi de sa rente il y a de très nombreuses années et que son revenu avec invalidité est inférieur depuis 2002 dans la mesure où il a subi une aggravation de son état de santé.

Dans sa réponse du 31 janvier 2008, l'OAI propose le rejet du recours. Il explique qu'il a dans un premier temps admis qu'il n'était pas exigible que l'assuré renonce à son activité d'indépendant. Il n'avait ainsi pas tenu compte de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Dans la mesure où l'assuré a de lui-même cessé cette activité, cela constituait un motif de révision. C'est dans ce contexte et au vu des expertises au dossier qu'il avait retenu une capacité de 75% exigible dans une activité adaptée comme revenu d'invalidé.

Dans ses déterminations du 31 mars 2008, l'assuré, par son conseil, explique que son état s'est péjoré depuis l'octroi de la rente AI de l'époque, si bien qu'il ne suffit pas d'examiner quel serait son taux d'activité dans une activité adaptée, mais d'en tenir compte. Il relève encore que dans une activité indépendante, il devrait s'arrêter et

aménager son temps en fonction de ses douleurs et qu'une activité adaptée selon l'AI n'améliorerait pas cette situation.

Dans ses observations du 21 avril 2008, l'OAI indique ne rien avoir à ajouter.

Dans une écriture du 2 juillet 2008, l'assuré, par son conseil, s'est déterminé à la suite de la production du dossier de l'assurance-accidents, indiquant en substance que les accidents de 2002 ont augmenté son incapacité de travail, qu'E. _____ a mis un terme à son obligation de prestations le 1^{er} octobre 2002 mais que le Tribunal fédéral a renvoyé le dossier à l'assureur pour qu'il fixe les prestations.

Dans de nouvelles déterminations du 14 octobre 2008, l'assuré, par son conseil, répète que son état de santé s'est aggravé en 2002. Il fait valoir qu'il n'a plus de capacité résiduelle de travail et qu'il convient de faire une approche médicale et non pas économique de son cas. Il relève toutefois qu'un boucher indépendant réalise un revenu supérieur à 5'000 fr. par mois, soit 65'000 fr. par an, son revenu mensuel pouvant être largement supérieur à 8'000 fr. en fonction de la qualité de l'échoppe de l'exploitant. Il estime qu'un revenu supérieur à 82'373 fr. 82, soit 6'336 fr. 44 par mois, est tout à fait réalisable, le droit à une demi-rente de l'assuré étant ouvert. A titre de mesures d'instruction, il requiert que l'Union Professionnelle Suisse de la Viande (ci-après: UPSV) soit interrogée sur le point de savoir quel est le revenu d'un boucher indépendant ayant son propre commerce.

Dans ses observations du 11 décembre 2008, l'OAI observe que l'affirmation du recourant selon laquelle le revenu mensuel d'un boucher indépendant peut être largement supérieur à 8'000 fr. n'est qu'une hypothèse, étant difficile de déterminer a posteriori le revenu hypothétique d'un indépendant, tant les facteurs étrangers à l'invalidité peuvent être importants. Il relève que le recourant n'a jamais gagné, en tant qu'indépendant, plus de 30'000 francs. La moyenne des revenus pour les années 1981 à 1986 s'élève à 25'247 fr., le revenu sans invalidité

déterminé dans la décision litigieuse apparaissant particulièrement généreux. Il précise enfin qu'il ne faut pas perdre de vue que l'année à prendre en considération est l'année 2003, soit l'année d'ouverture théorique d'un droit à une rente.

E n d r o i t :

1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), 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 (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi ne déroge expressément à la LPGA.

b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le droit applicable au fond est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.1).

3. a) A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Aux termes 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.

Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à un quart de rente s'il

est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2008, de la 5^e révision de la LAI n'a pas apporté de modification à cet échelonnement (cf. art. 28 al. 2 LAI).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Dans le cadre d'une révision, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

Constitue un motif de révision n'importe quel fait propre à entraîner une modification du degré d'invalidité. Selon la jurisprudence, il peut y avoir matière à révision soit en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, soit en cas de modification notable des répercussions sur la capacité de gain d'un état de santé resté inchangé (ATF 130 V 343, consid. 3.5; TF 8C_983/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1). Une révision n'est admissible que si une modification de la situation effective s'est produite, et si cette modification influence le degré d'invalidité, partant le droit à la rente; il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente (TF 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranchée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse

(ATF 130 V 343 précité, consid. 3.5.2; TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 4.1 in fine).

c) Le juge des assurances sociales 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales 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 125 V 351, consid. 3a, et les références citées).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante.

Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations

d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170, consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_210/2010 du 7 septembre 2010, consid. 2.3).

4. a) Il convient en premier lieu de déterminer si l'autorité intimée était fondée à procéder à la révision de la rente de l'assuré, en examinant s'il existe un motif de révision.

En l'occurrence, lors de l'octroi initial de la demi-rente, l'autorité intimée avait admis qu'il n'était pas exigible que l'assuré renonce à son activité d'indépendant et n'avait donc pas tenu compte de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Ainsi, dans son rapport concernant l'assuré du 7 mars 1990, l'Office régional AI a notamment relevé que l'assuré admettait que dans d'autres activités moins pénibles et mieux adaptées à sa santé, il serait à même de gagner normalement sa vie. Selon les conclusions de ce rapport, l'assuré souhaitait que l'AI lui verse une rente partielle en attendant, dès lors qu'il ne pouvait pas fermer boutique, car une telle décision, sans vente et reprise intéressante, serait pour lui financièrement insupportable. Il ressort en outre d'une fiche d'examen du dossier de l'assuré du 30 avril 1999 que dans son travail actuel de boucher, la capacité semble de 50% selon rapport médical du 2 octobre 1989.

Or l'assuré a indiqué le 20 juillet 2004 dans le questionnaire pour la révision de la rente qu'il avait cessé ses activités et remis sa boucherie à la fin de l'année 2003. La cessation de son activité de boucher

indépendant constitue une modification effective de la situation de l'assuré (cf. supra, ch. 3b), laquelle est propre à influencer le degré d'invalidité, partant le droit à la rente, dès lors qu'il convient désormais de tenir compte de sa capacité de travail dans une activité adaptée.

b) L'office intimé a alors confié la mise en œuvre d'une expertise médicale au Dr D._____. Dans son rapport d'expertise du 2 août 2005, l'expert constate qu'à partir du 1^{er} janvier 2003, une capacité de travail de l'ordre de 75% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré doit être considérée comme exigible. Le recourant soutient que son état de santé s'est aggravé en 2002. Or tant l'expertise du Dr D._____ que les avis médicaux du SMR des 11 octobre 2005 et 12 décembre 2006, qui ont été établis après les accidents subis par l'assuré en 2002 et en tiennent donc compte, retiennent qu'il présente une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée.

Le rapport d'expertise du Dr D._____ procède d'un examen exhaustif du cas du recourant; la situation médicale y est clairement décrite et l'évaluation de la capacité de travail en fonction des diagnostics retenus a été examinée de manière complète. L'expert énonce par ailleurs précisément l'ensemble des limitations fonctionnelles découlant des atteintes à la santé. Enfin, les conclusions du Dr D._____ sont motivées et convaincantes. Cette expertise satisfait ainsi pleinement aux réquisits jurisprudentiels permettant qu'on lui accorde pleine valeur probante. Le recourant n'apporte au demeurant aucun élément propre à mettre en doute les conclusions de l'expert. Comme l'a relevé l'expert, dans un taux d'activité de 75%, il n'existe pas de diminution de rendement. Ce taux tient en outre compte des limitations fonctionnelles du recourant. Il convient ainsi de retenir que ce dernier présente une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2003.

5. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité.

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4, 128 V 174, consid. 4.1 et 4.2).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224, consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205 et 206).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité

adaptée, normalement exigible - la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF I 654/04 du 21 juillet 2005, consid 5, ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TFA I 171/04 du 1^{er} avril 2005, consid. 4.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323, consid. 3b/bb). Dans ce cas, on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation (ATF 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et s'échelonnent entre 10 % et 25 % au maximum.

b) En l'espèce, il convient de se placer en 2004 (et non en 2003 comme le retient l'OAI), année au cours de laquelle le droit à la demi-rente a été révisé (ATF 129 V 222). S'agissant du revenu de valide, l'OAI s'est référé à l'annexe au contrat collectif de travail pour la boucherie-charcuterie suisse conclu entre l'UPSV et l'Association suisse du personnel de la boucherie, dont il ressort qu'en 2003, les bouchers indépendants percevaient un salaire de 3'950 fr. et ceux assumant une responsabilité spéciale de 4'460 francs. Comme le salaire d'un responsable de filiale n'était pas indiqué puisque «sur entente», l'OAI a estimé qu'il était proche de 5'000 fr. par mois, soit 65'000 fr. par an. Le recourant soutient quant à lui qu'il aurait pu réaliser un revenu supérieur à

82'373 fr. 82, soit 6'336 fr. 44 par mois grâce à son échoppe et requiert que l'UPSV soit interpellée afin d'indiquer quel est le revenu d'un boucher indépendant ayant son propre commerce. Le recourant ne saurait pourtant être suivi: il ressort en effet qu'il n'a réalisé qu'un revenu moyen pour les années 1984 à 1986 de 25'230 fr. en tant qu'indépendant. Il est en outre constant que de nombreux facteurs sont susceptibles d'influer sur le revenu d'un indépendant. Par ailleurs, si le revenu annuel que le recourant réalisait en 1980 selon l'extrait de son compte individuel (36'400 fr.) avait été indexé, il aurait atteint 63'516 fr. en 2004 (108,6 points en 1980, contre 189,5 points en 2004, moyenne annuelle, selon la calculatrice du renchérissement de l'Office fédéral de la statistique), soit un montant inférieur à celui retenu par l'OAI. Dans ces conditions, le salaire sans invalidité de 65'000 fr. peut être retenu, moyennant son indexation en 2004 (soit 65'507 fr., avec une variation de 102,6 points en 2003 à 103,4 points en 2004 selon la calculatrice du renchérissement de l'Office fédéral de la statistique) et la réquisition tendant à l'interpellation de l'UPSV doit être rejetée.

S'agissant du revenu d'invalidé, il y a lieu de se fonder sur les salaires tels qu'ils ressortent de l'ESS. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre en 2004 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'588 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire représente - compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2004 (41,6 heures [La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2]) - un revenu d'invalidé de 4'771 fr. 52 par mois (4'588 fr. x 41,6 : 40 heures), soit 57'258 fr. 24 par année. L'OAI a retenu un abattement de 5 pour-cent. Or un tel abattement est manifestement insuffisant. Compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant, de son taux d'occupation et de son âge, c'est une déduction de 15% qui aurait dû être retenue par l'autorité intimée.

Ainsi, sous déduction d'un abattement de 15%, le revenu d'invalidé s'élève à 48'669 fr. 50 par année. Compte tenu d'une capacité de travail de 75%, le revenu d'invalidé déterminant en l'espèce est de 36'502 fr. 13.

Après comparaison du revenu d'invalidé (29'004 fr. 87) avec celui sans invalidité (65'507 fr.), il résulte une perte de gain de correspondant à un degré d'invalidité de 44,27% ($29'004 \text{ fr. } 87 / 65'507 \text{ fr.} \times 100$). Un tel degré d'invalidité ouvre le droit à un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2008 (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

6. A titre de mesure d'instruction, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

a) Le juge peut renoncer à un complément d'instruction sans que cela entraîne une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 106 la 162, consid. 2b; TF 8C_659/2007 du 27 mars 2008, consid. 3.2 et les références citées).

b) En l'espèce, une telle mesure d'instruction ne se justifie pas, le dossier médical étant suffisamment étayé pour permettre à la cour de céans de se prononcer en toute connaissance de cause.

7. **a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 44% dès le 1^{er} janvier 2008 (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais.

c) Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 et 56 al. 2 LPA-VD). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter à 1'500 fr. le montant des dépens et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 19 novembre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2008.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** Une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à verser au recourant à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Laurent Damond, avocat (pour F. _____),
- 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 :