

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 février 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Piguet, juge, et Mme Dormond Béguelin, assesseure,
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Karim Armand Hichri,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 LPGA ; art. 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. **a)** F. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis janvier 1998 en qualité d'employé de production au sein de [...] SA. En incapacité de travail depuis le 9 février 2000 en raison de lombosciatalgies, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 1^{er} février 2001.

Par décision du 5 juillet 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, à compter du 1^{er} février 2001, sur la base d'un taux d'invalidité de 100 %, compte tenu en particulier d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, posé durant l'instruction de la demande (cf. rapport du 8 mars 2002 des Drs [...] et [...], spécialistes en psychiatrie et psychothérapie ; avis du 4 juin 2002 du Dr [...], médecin au sein du Service médical régional de l'assurance-invalidité [ci-après : SMR]).

b) Le 27 juin 2005, l'OAI a entrepris une première révision d'office, à l'issue de laquelle il a confirmé le droit à une rente entière d'invalidité par communication du 2 novembre 2006.

Les rapports médicaux réunis par l'office dans ce cadre ont permis de constater que l'assuré présentait également une polyradiculonévrite chronique et un syndrome lombo-vertébral chronique (cf. notamment rapport du 21 mars 2005 du Prof. [...], spécialiste en neurologie).

c) Dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision initiée le 6 décembre 2011, l'OAI a mis en œuvre un examen psychiatrique auprès du SMR. Dans son rapport du 5 juillet 2012, le Dr A. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F 33.10) et a estimé que cette atteinte

était à l'origine d'une diminution de la capacité de travail de 50 % depuis 2005. Au chapitre de l'appréciation du cas, le Dr A. _____ s'est exprimé en ces termes :

« L'anamnèse psychiatrique permet de retenir un épisode dépressif sévère en février 2000. L'assuré a été adressé au centre psychosocial d' [...], qui dans son rapport du 8 mars 2002, retient une incapacité de travail totale. Un traitement de Citalopram® a été introduit. Le suivi spécialisé s'est arrêté, d'après l'assuré, vers 2003 ou 2004, c'est le Dr [...] qui a continué à prescrire des traitements de Citalopram. Par la suite, l'assuré décrit une évolution stationnaire, il décrit une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne, chronicisée. La chronicisation de la symptomatologie permet de retenir un trouble dépressif récurrent, et d'après l'examen psychiatrique de ce jour, la symptomatologie est d'intensité moyenne sans syndrome somatique. Dans ce contexte, le trouble dépressif récurrent est à l'origine d'une atteinte partielle à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail (50 %) dès l'arrêt du suivi spécialisé fin 2004 ».

Dans un avis du 11 juillet 2012, le Dr T. _____, médecin au sein du SMR, s'est référé au rapport d'examen psychiatrique précité et a noté ce qui suit à titre de limitations fonctionnelles : pas de marche en terrain irrégulier, pas de flexions ou porte-à-faux du tronc, pas de travail des bras au-dessus de la tête, pas de travail à genoux ou accroupi, port de charges répétitif limité à 3 kg.

Des mesures d'entraînement à l'endurance ont été mises en œuvre par l'OAI entre le 27 avril 2015 et le 10 janvier 2016 à Z. _____ à [...] (cf. communications des 20 avril, 20 juillet et 25 novembre 2015). Selon un rapport de suivi du 9 juillet 2015, l'assuré montrait une bonne motivation, un bon engagement et une volonté de travailler. Ses capacités de concentration et d'attention avaient été, dès le départ de la mesure, très bonnes. Par ailleurs, l'intéressé était en mesure d'apprendre des nouvelles techniques, surtout au niveau du travail sur le bois. Une fatigue certaine, liée aux douleurs, à la médication importante et au changement de rythme, devait toutefois être prise en compte.

En parallèle, l'assuré a effectué un stage auprès de l'Orif de [...]. Compte tenu d'un bilan positif, il a bénéficié de mesures d'orientation professionnelles dans le domaine de la bureautique du 11 janvier au 30

avril 2016 (cf. communications des 12 janvier, 15 et 18 mars 2016). Il ressort d'un rapport de synthèse du 27 avril 2016 que la pratique du bureau-commerce avait été difficile et pénible pour l'assuré, tant au niveau de la compréhension et de la réalisation des travaux, que du rendement. Il a été conclu qu'une formation dans le domaine de la bureautique n'était pas accessible à l'assuré, mais que le domaine industriel pouvait se révéler plus rassurant et sécurisant.

A ce stade, une mesure de « soutien à la formation et à l'intégration professionnelle SFIP SRE » a été mise en œuvre (cf. proposition/bilan de mesure REA du 10 mai 2016) et l'assuré a effectué un stage auprès de l'entreprise [...]SA du 30 mai au 17 juin 2016 qui s'est déroulé avec succès (cf. note d'entretien du 8 juillet 2016). Le 12 août 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il bénéficiait d'un droit à une aide au placement.

Par projet de décision du 24 janvier 2017, l'OAI lui a en outre indiqué qu'il entendait remplacer la rente entière versée jusqu'alors par une demi-rente fondée sur un taux d'invalidité de 55 %.

Le 30 mars 2017, sous la plume de sa protection juridique, l'assuré a fait part de ses objections au projet et a produit un rapport établi le 3 mars 2017 par son médecin généraliste traitant, le Dr N. _____, lequel formulait les observations suivantes :

« Du point de vue psychique, [l'assuré] présente un état dépressif chronique d'intensité modérée, sous traitement médicamenteux depuis de nombreuses années, ayant justifié par le passé un suivi psychiatrique. Ces derniers mois, l'état dépressif s'est plutôt accentué et un état d'angoisse s'y est surajouté.

Du point de vue somatique, il présente des troubles dégénératifs importants de la colonne lombaire, notamment des discopathies D12-L1, L1-L2 et L2-L3 et une spondylolisthésis L5 à composante inflammatoire, le tout responsable de lombalgies invalidantes nécessitant la prise continue d'anti-inflammatoires, de myorelaxants et d'antalgiques majeurs. Il présente également un syndrome métabolique avec diabète de type II.

D'un point de vue fonctionnel, il ne peut effectuer de manière continue aucune tâche lui imposant de rester dans une position fixe,

ni aucun effort sollicitant le rachis. Professionnellement, son rendement dans un milieu protégé serait vraisemblablement inférieur à 20 %, au prix de souffrances importantes ».

L'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès du SMR. Aux termes de leur rapport du 9 août 2018, les Drs S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non déficitaires dans le cadre de discopathies à prédominance lombaire haute, d'un antélisthésis de degré I de L5 sur S1 sur lyse isthmique, d'une arthrose des articulations postérieures active à prédominance lombaire basse (M54.5), ainsi que de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Des signes cliniques d'arthropathie acromio-claviculaire droite étaient en outre relevés. S'agissant des diagnostics sans effet sur la capacité de travail, ces médecins ont noté un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). Ils ont estimé que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles consistaient à éviter le port de charge fréquent au-delà de 5 kg, occasionnel au-delà de 10 kg, la marche au-delà de 30 minutes, la position assise au-delà d'une heure, la position debout sans déplacement au-delà de 20 minutes, les postures en porte-à-faux lombaires, les mouvements fréquents de rotation et les flexions/extensions lombaires. Au niveau de l'épaule droite, le port de charge supérieure à 5 kg au-delà de l'horizontale et une activité prolongée au-dessus de l'horizontale étaient prohibés.

Par décision du 11 octobre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 24 janvier 2017 et a réduit la rente de l'assuré à une demi-rente dès le 1^{er} décembre 2018.

Par courrier 12 novembre 2018, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un courrier rédigé le 6 novembre 2018 par le Dr N._____, critiquant tant l'appréciation que les méthodes des rédacteurs du rapport du 9 août 2018.

B. Dans l'intervalle et par l'intermédiaire de Me Karim Hichri, F._____ a, par acte du 9 novembre 2018, recouru contre la décision du 11 octobre 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'il a droit à trois-quart de rente dès le 1^{er} décembre 2018, subsidiairement au maintien de sa rente entière. Il a en outre sollicité, à titre préliminaire, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique afin de déterminer sa capacité résiduelle de travail. En substance, le recourant a soutenu que les rapports d'examen clinique du SMR des 5 juillet 2012 et 9 août 2018 n'étaient pas probants, en particulier quant à l'évaluation de son état psychique, considérant le rapport de l'Orif et l'appréciation de son médecin traitant, le Dr N._____. Sur le plan rhumatologique, il a reproché à l'OAI de n'avoir pas pris en considération la diminution de rendement de 25 % et enfin, s'agissant de son préjudice économique, il a contesté le calcul effectué par l'OAI sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique.

Dans sa réponse du 11 janvier 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse.

Le 17 juillet 2019, le recourant a produit un rapport médical établi le 16 juillet 2019 par les Drs C._____ et L._____, cheffe de clinique, respectivement médecin assistante au sein de l'unité psychiatrique ambulatoire [...] du Centre [...].

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit à la rente du recourant, singulièrement sur le maintien d'une rente entière au-delà du 1^{er} décembre 2018.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple

appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Selon l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, 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.

4. 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281

consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. a) En l'espèce, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité par décision du 5 juillet 2002, au motif qu'il souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère.

Dans sa décision entreprise, l'OAI a néanmoins constaté une amélioration de l'état de santé psychique du recourant, en se fondant sur un rapport d'examen du SMR du 5 juillet 2012, ainsi que sur un rapport d'examen bi-disciplinaire du 9 août 2018 (rhumatologie et psychiatrie) auprès du SMR.

En l'occurrence, ces deux rapports réalisent toutes les exigences formelles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les conclusions concordantes des médecins du SMR résultent d'une analyse complète de la situation médicale - objective et subjective - du recourant. Prenant en considération l'ensemble du dossier médical à leur disposition, ils ont procédé à une anamnèse détaillée, tenu compte des plaintes du recourant et décrit leurs constatations cliniques.

L'intéressé soutient cependant que les médecins du SMR n'auraient pas constaté, à tort, un ralentissement psychomoteur caractérisé. Il se prévaut à cet égard de constatations ressortant d'un rapport de l'Orif du 27 avril 2016, faisant état de difficulté de mémorisation des procédures et d'une lenteur d'exécution et de lecture des consignes. Un rapport de suivi du 9 juillet 2015 de Z. _____ relativise toutefois ce constat, puisqu'il y est fait état d'une très bonne capacité de concentration et d'attention, ainsi que d'une bonne mémoire. Quoi qu'il en soit, les médecins du SMR, en particulier le Dr R. _____ ont tenu compte des troubles psychiques du recourant en admettant une capacité de travail réduite à 50 %, sous la forme d'une diminution des ressources mobilisables et d'une fatigue liée aux douleurs. On doit admettre que ce constat prend suffisamment en considération un ralentissement dans l'exécution des tâches, quand bien même les médecins du SMR n'ont pas

constaté un trouble de la concentration et de l'attention à l'examen clinique.

Le recourant reproche en outre à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de la diminution de rendement de 25 % liée aux atteintes rhumatologiques. Or, si les médecins du SMR ont expressément mentionné cette diminution de rendement (cf. p. 15 du rapport du 9 août 2018), ils ont toutefois pris en considération une incapacité de travail non pas de 25 %, mais de 50 %, en raison des troubles psychiques qui amplifient et entretiennent la symptomatologie rhumatologique. Ils ont souligné que le diagnostic de majoration des symptômes psychiques pour des raisons psychologiques ne traduisait pas une exagération délibérée de la part de l'assuré, mais correspondait bien à un ressenti des douleurs supérieur à ce que laisseraient supposer les lésions organiques sous-jacentes. On doit donc admettre que l'incapacité de travail de 50 % constatée par les Drs R. _____ et S. _____ tient compte à la fois des atteintes à la santé physique et des atteintes à la santé psychique.

Cela étant dit, le recourant a produit un rapport du 16 juillet 2019 établi par les Drs C. _____ et L. _____. Ce rapport fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, entraînant une incapacité de travail totale. Il est toutefois indiqué que le recourant a repris son suivi à l'Unité de psychiatrie ambulatoire d'Orbe le 21 novembre 2018, ensuite d'idées suicidaires apparues dès la notification de la décision de suppression de rente. Ce rapport ne permet ainsi pas de remettre en cause les conclusions des médecins du SMR pour la période antérieure au prononcé de cette décision. Une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant, qu'elle soit uniquement réactionnelle et transitoire ensuite de la décision litigieuse, ou qu'elle soit plus durable, ne peut saurait être prise en considération dans la présente procédure, étant précisé que le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2).

Enfin, le recourant se prévaut des rapports établis par le Dr N._____. Sans remettre en question le fait que ce médecin traitant a une bonne connaissance de l'évolution de l'état de santé de son patient, on ne saurait d'emblée le suivre pour ce seul motif, alors que deux médecins psychiatres spécialisés le contredisent. En l'occurrence, les examens psychiatriques réalisés par le SMR reposent sur une appréciation notablement plus détaillées et étayées que les rapports établis par le Dr N._____ et sont, au final, plus convaincants.

Par conséquent, rien au dossier ne permet de remettre en questions les analyses des Drs A._____, S._____ et R._____. Il ne se justifie ainsi pas de s'écarter de la solution retenu par l'intimé sur la base de leurs conclusions, à savoir que le recourant dispose d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis janvier 2005.

7. Reste à déterminer le préjudice économique du recourant.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa).

b) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait

raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

c) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222).

d) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyens de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données

statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

8. a) En l'occurrence, on relève que le salaire sans invalidité n'est plus contesté par le recourant. En l'absence de tout grief à cet égard, il ne sera pas revenu sur sa détermination au moyen de l'ESS.

Quant au revenu d'invalidé, il est également établi qu'il convient de se référer à l'ESS dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose pas de formation professionnelle.

Cela étant dit, le calcul effectué par l'intimé, vérifié d'office, ne prête pas flanc à la critique. S'agissant du grief soulevé par le recourant, qui sollicite un abattement supérieur à 10 % sur le salaire statistique, il faut relever que tant son revenu hypothétique sans invalidité que son revenu d'invalidé ont été établis en se référant à l'ESS. Dans cette mesure, une déduction pour tenir compte de différents facteurs personnels, sans rapport avec l'état de santé de l'assuré, n'a pas lieu d'être ou devrait être effectuée aussi bien pour établir le revenu hypothétique sans invalidité que le revenu d'invalidé (cf. consid. 7d *supra*). En d'autres termes, même à suivre le recourant, son taux d'invalidité demeurerait inchangé. Pour le surplus, la déduction de 10 % effectuée par l'intimé tient suffisamment compte des seuls facteurs liés à l'état de santé du recourant.

Ainsi, le degré d'invalidité retenu par l'intimé dans sa décision du 11 octobre 2018, à savoir 55 %, peut être confirmé, de même que la demi-rente octroyée sur cette base dès le 1^{er} décembre 2018, soit le premier jour du deuxième mois ayant suivi la notification de la décision (cf. art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI).

9. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une

expertise. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

10. a) En définitive, mal fondé, 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 contestation 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. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

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 11 octobre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

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

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Armand Hichri (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 :