

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juin 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Berthoud et Reinberg, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant,

et

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

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

E n f a i t :

A. **a)** Z. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, travaillait depuis le 1^{er} août 1999 en tant que jardinier auprès de la société S. _____ SA (ci-après : l'employeur). Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 26 juin 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir de lombosciatique droite depuis 2013 et d'une hernie discale opérée le 31 mars 2014.

Le 4 juillet 2014, U. _____, assureur perte de gain maladie de l'employeur a transmis à l'OAI le dossier de l'assuré contenant notamment ce qui suit :

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 3 mars 2014 de la Dresse P. _____, spécialiste en radiologie, concluant à un fragment volumineux discal luxé d'une hernie L4-L5 en médio-latéral droit avec un fort effet de masse sur la racine L5 droite, notamment au niveau du récessus radiculaire et à une discopathie L5-S1 moins évoluée sans effet de masse radiculaire secondaire avec une petite saillie discale médio-latérale gauche ;

- un rapport du Dr H. _____, spécialiste en neurochirurgie, du 31 mars 2014, relatif à l'opération chirurgicale subie par l'assuré le même jour et confirmant la présence d'un conflit disco-radiculaire L4-L5 droit particulièrement marqué avec une hernie exclue, migrée vers le bas, très agressive pour la racine homolatérale et soulignant que l'intervention s'était déroulée sans problème et qu'elle nécessitait une modération de l'activité physique durant quatre à six semaines ; et

- un rapport du 9 avril 2014 du Dr Y. _____, médecin traitant de l'assuré, posant le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgie L4-L5 droite sur hernie discale exclue depuis janvier 2014 et le diagnostic non incapacitant d'hypercholestérolémie traitée depuis mars 2013 et précisant que tout travail était impossible,

l'assuré se trouvant en incapacité de travail totale depuis le 27 janvier 2014.

Dans un rapport du 16 juillet 2014 à l'OAI, le Dr H. _____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de névralgie sciatique par hernie discale depuis janvier 2014. Il a précisé que d'un point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible à 100%, sans diminution de rendement et que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail à 100% dès le 2 mai 2014. Le Dr H. _____ a en outre indiqué que seuls des travaux impliquant le fait de se pencher, de travailler avec les bras en dessus de la tête, accroupi, à genoux, impliquant des rotations et des ports de charge ne pouvaient être exigés de l'assuré.

Dans un rapport du 8 août 2014, le Dr Y. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites depuis 2007 et de périarthrite scapulohumérale droite depuis 2013. Il a indiqué que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 27 janvier 2014 en raison de douleurs contraindiquant un travail physique et précisé que l'activité exercée n'était plus exigible. Ce praticien a en outre relevé que les capacités de compréhension et d'adaptation de l'intéressé étaient limitées en raison de problèmes de langage et de formation.

Étaient notamment joints au rapport précité :

- un rapport d'IRM de l'épaule droite du 4 décembre 2013 établi par la Dresse P. _____ objectivant une tendinopathie de grade III du tendon du sus-épineux associant une petite rupture de la face profonde du tendon située en regard de son insertion, de grade III et relevant également un remaniement micro-géodique dans l'os spongieux du trochiter satellisant cette fissure ainsi qu'une bursite sous-acromio-deltaïdienne et des lésions dégénératives au niveau de l'interligne articulaire acromio-claviculaire ;

- un rapport du 30 janvier 2014 de la Dresse P._____ indiquant qu'une infiltration de l'épaule droite sous contrôle échoscopique avait été pratiquée.

Dans un rapport du 30 septembre 2014, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil d'U._____ a posé le diagnostic de « status après traitement chirurgical le 31.03.2014 d'une lombo-sciatalgie D sur hernie discale L4-L5 D chez un patient présentant une PSH D ». Il a précisé que le traitement chirurgical avait été un succès chez l'assuré qui présentait cependant la persistance de douleurs lombaires et paralombaires des deux côtés sans que l'IRM ne puisse mettre en évidence de nouvelle pathologie notable. Il a considéré, que dans ce contexte et au vu des problèmes présentés au niveau de l'épaule droite pour laquelle aucun traitement médical ne s'imposait, le travail lourd pratiqué jusqu'à ce jour par l'assuré ne lui paraissait définitivement plus possible. Le Dr J._____ a également relevé que tout emploi léger avec alternance des positions et évitant les mouvements d'abduction de l'épaule droite au-delà de 90° demeurerait exigible de manière pleine et entière dès le 30 septembre 2014.

Se basant sur le rapport précité, U._____ a considéré que l'arrêt de travail à 100% ayant débuté le 27 janvier 2014 était médicalement justifié dans l'activité habituelle et qu'une reprise du travail n'était plus envisageable dans celle-ci. Elle a en revanche retenu que sur le plan médical, l'assuré disposait d'une capacité de travail totale dans le cadre d'une activité adaptée, soit dans tout emploi léger avec alternance des positions et évitant les mouvements d'abduction de l'épaule droite au-delà de 90°.

b) Par communication du 11 mars 2015, l'OAI a pris en charge les frais de mesures d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle auprès de la Fondation D._____, du 4 mars au 3 juin 2015, ainsi que ceux relatifs aux mesures d'intervention précoce sous la forme d'une réhabilitation socioprofessionnelle (cf. courrier de l'OAI du 31 mars 2015).

On extrait ce qui suit du rapport de synthèse de la Fondation D._____ du 27 avril 2015 :

« Au vu des discussions avec Z._____, ce dernier nous a mentionné à plusieurs reprises sa difficulté à se projeter dans une activité en intérieur puisqu'il a toujours travaillé dans un environnement extérieur. Par conséquent, au vu des éléments mentionnés ci-dessus, il nous est apparu pertinent de mettre en place un stage au sein d'un atelier qui se rapproche du domaine de l'industrie légère afin de vérifier les possibilités existantes sur le plan médical. En effet, Z._____ évoque également des douleurs physiques en position assise ainsi que des pertes de mémoire et des troubles de la concentration.

Par conséquent, en accord avec sa conseillère OAI par téléphone, nous avons organisé un stage au sein d'un atelier de la Fondation D._____, dans le but de tester les limitations de Z._____. Il y travaillera en tant qu'ouvrier de fabrique avec des matériaux fins et légers, d'abord à 50%, puis à 100% par la suite. La mesure a ainsi été interrompue au 20 mars 2015 ».

Par communication du 18 juin 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à des mesures professionnelles et qu'il prenait de ce fait en charge les frais d'une préparation à l'activité industrielle en atelier d'intégration professionnelle auprès du Centre de formation ORIF à K._____ dès que possible et pour une durée de trois mois.

Le rapport final de la Fondation D._____ daté du 22 juin 2015 a notamment la teneur suivante :

« A l'issue de la mesure, l'évaluation du premier mois de stage reste valable. Par ailleurs, l'ensemble des compétences professionnelles et personnelles relatif au poste d'ouvrier de fabrique est acquis (cf. annexe 1). De manière générale, Z._____ a accompli toutes les tâches qui lui ont été confiées de manière satisfaisante et il a su répondre aux exigences de l'atelier en termes de qualité et de productivité. Volontaire et très engagé, il a fait preuve de persévérance et de professionnalisme. Z._____ a toujours été ponctuel et présent sur son lieu de stage. Cependant, nous remarquons qu'il semble avoir des difficultés à se projeter dans une activité se déroulant en espace fermé. Il semble également que l'assuré a des difficultés à accepter le fait que son activité précédente de paysagiste n'est plus adaptée à sa situation de santé actuelle.

Durant le premier mois de mesure, le taux de travail de Z._____ est passé de 100% à 50% en raison de fortes douleurs et de

problèmes de sommeil. Suite à une légère amélioration dans les premières semaines à 50%, Z. _____ nous a rapidement fait part de difficultés à garder ce taux (horaire : 8h00-12h00). Il a également évoqué de fortes douleurs et des problèmes de sommeil ainsi qu'une augmentation de prise de médicaments.

Dans son activité, Z. _____ privilégie la position debout et n'arrive pas à rester assis au-delà de quelques minutes. Malgré cela, le rythme de travail de Z. _____ correspond à ce qui est attendu ».

Le bilan final des mesures d'orientation professionnelle rédigé le 8 décembre 2015 par le centre ORIF de K. _____ se conclut par le fait que l'activité industrielle légère est inadaptée à l'atteinte à la santé de l'assuré, celui-ci n'ayant pas les ressources suffisantes pour se réadapter.

c) Dans l'intervalle, soit le 2 septembre 2015, la Dresse P. _____ a dressé un rapport d'IRM de l'épaule droite dont il ressortait que l'assuré présentait une péjoration de la rupture partielle de la face profonde du tendon du sus-épineux signalée en 2013 qui s'était transformée en une rupture transfixiante de type perforation mesurant 10 x 8 mm et une bursite sous-acromio-deltoïdienne réactionnelle.

Dans un rapport du 8 octobre 2015, le Dr Y. _____ a indiqué que l'assuré souffrait d'une perte importante de la mobilité de son épaule droite (abduction et élévation antérieure à 60°), l'IRM ayant démontré une rupture du sus-épineux, qu'il ne pouvait ni utiliser son épaule activement, ni porter des charges supérieures à 5 kilos ni faire de mouvements répétitifs avec cette épaule. Il a également précisé que l'intéressé avait rendez-vous chez un orthopédiste pour un avis opératoire.

Le 14 décembre 2015, le Dr Y. _____ a retourné un formulaire à l'OAI, en répondant comme suit aux questions qui lui étaient posées :

« 1. Quel est le diagnostic précisé ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

1/ PSH épaule dr. avec rupture du tendon du sus-épineux
2/ Lombosciatalgies dr. postop. HD L5-S1.

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

- Péjoration des douleurs et de la mobilité de l'épaule dr. (cf. IRM)

3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

- Activité habituelle d'entretien de jardin ; plus d'activité depuis fin 2014 [recte : fin 2013].

4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

- Chômage depuis 1.1.2015

- Incapacité de travail complète envisagée.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

- Impossibilité de port de charges > 5 kgs

- Impossibilité de port de charges < 5kgs de façon répétée ; impossibilité d'activité sédentaire prolongée.

[...] ».

Le 2 mars 2016, l'OAI a réceptionné deux rapports émanant du Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont le détail est le suivant :

- un rapport du 30 octobre 2015, concluant que l'assuré présentait un syndrome douloureux péricapulaire droit relativement diffus d'origine mixte (articulation acromio-claviculaire, syndrome de coiffe, surcharge compensatrice des muscles para-scapulaires) et précisant que l'intéressé semblait avoir davantage mal à l'articulation qu'au tendon sus-épineux. Le Dr B._____ a précisé qu'il n'y avait pas d'indication à une opération sur la petite lésion du sus-épineux, soulignant avoir recommandé à l'intéressé de garder l'épaule la plus mobile possible par des exercices de mobilisation douce ;

- un rapport du 6 janvier 2016, selon lequel l'assuré a bénéficié d'une infiltration de l'articulation acromio-claviculaire le 4 novembre 2015 qui ne l'a soulagé que très partiellement et durant une période limitée et précisant que l'intéressé présentait un syndrome douloureux un peu atypique et des craquements le long de sa clavicule, le bilan radiologique standard ne démontrant aucune lésion visible hormis des troubles dégénératifs modérés de l'articulation. Le Dr B._____ a conclu que l'assuré avait pu faire une capsulite modérée mais qu'il n'avait

malheureusement pas d'explication pour la persistance des douleurs le long de sa clavicule.

On extrait notamment ce qui suit du rapport de la Dresse V._____ et contresigné par le Dr M._____, du Service Médical Régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 29 mars 2016 :

« **Capacité de travail exigible :**

Activité habituelle : 0%

Activité adaptée : 100%

Limitations fonctionnelles : porte-à-faux du rachis, accroupissement/agenouillement répétés, port de charges supérieur à 5kg, travail bras au-dessus de la tête, travail sans alternance de positions, travail répétitif de l'épaule droite.

[...]

Nous appelons le Dr Y._____ le 24.03.2016, quand il dit « impossibilité d'activité sédentaire prolongée », il veut dire dans la même position. Une activité d'épargne rachidienne et de l'épaule droite avec alternance des positions serait adaptée, avec une pleine CT.

Discussion :

Les atteintes du rachis et de l'épaule droite, chez un droitier, ne permettent plus l'exercice de l'activité de jardinier, mais sa CT reste entière dans une activité adaptée respectant son rachis et son épaule, des mesures de réinsertions à l'ORIF n'ont pas porté leurs fruits,

Conclusion :

Au plan strictement médical nous pouvons conclure à une pleine CT dans une [activité] adaptée respectant les LF susnommées ».

Le Service de réadaptation de l'OAI (ci-après : le REA), après avoir dans un premier temps estimé qu'aucune activité industrielle légère sur le marché du travail ne respecterait toutes les limitations fonctionnelles de l'assuré (cf. Rapport final REA du 14 juin 2016), a finalement retenu, suite à une nouvelle évaluation, qu'une telle activité adaptée aux limitations fonctionnelles existait. Il a conclu à une capacité de travail entière dans dite activité, précisant que l'âge, le niveau de français et le manque de ressources de l'assuré ne sauraient rendre inexigibles la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail de

l'intéressé (cf. Communication interne à l'OAI du 4 juillet 2016 et Rapport final REA du 7 juillet 2016).

Par projet de décision du 7 juillet 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser l'octroi de toute rente d'invalidité, selon la motivation suivante :

« **Résultat de nos constatation :**

Vous exercez l'activité de jardinier à 100%.

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 27 janvier 2014. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit le 27 janvier 2015, et après consultation de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre incapacité de travail est totale dans votre activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (*pas de porte-à-faux du rachis, pas d'accroupissement/agenouillement répétés, pas de port de charges de plus de 5kg, pas de travail les bras au-dessus de la tête, pas de travail sans alterner les positions, pas de travail répétitifs de l'épaule droite*).

Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en regard de cette activité, même s'il ne l'exerce pas.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2014, CHF 5'312.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires TA1 ; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2015 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'537.76 (CHF 5'312.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 66'453.12.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2015 (+ 0.40% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 66'718.93 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et de votre âge, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 60'047.04.

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu précité avec celui que vous auriez pu réaliser en bonne santé, soit après indexation à 2015 CHF 76'049.00.

Comparaison des revenus :

| | | | | |
|----------------------------|-----|-----------|---|---------------------------------|
| sans invalidité | CHF | 76'049.00 | | |
| avec invalidité | CHF | 60'047.04 | | |
| La perte de gain s'élève à | CHF | 16'001.96 | = | un degré d'invalidité de 21.04% |

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Dans votre situation, aucune mesure n'est susceptible de réduire votre préjudice économique résiduel [...] ».

Par décision du 16 septembre 2016, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 7 juillet 2016.

B. Par acte du 26 octobre 2016, Z._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme, en ce sens qu'une rente lui soit octroyée. Il fait valoir une aggravation de son état de santé se

basant sur le rapport établi le 12 octobre 2016 par le Dr Y. _____ et joint au recours, dont on extrait ce qui suit (sic) :

« Z. _____ m'a fait part de votre décision et qu'il désire faire opposition ; en effet ses handicaps physiques s'aggravent, surtout les atteintes tendineuses des épaules.

En décembre 2015, j'avais eu un contact téléphonique de son référent de la caisse de chômage, m'indiquant que les tentatives de réinsertion dans de petits travaux ont été un échec, en raison des handicaps et que des démarches devraient être entreprises pour l'obtention d'une rente.

Actuellement, les deux épaules sont douloureuses avec une diminution importante de la mobilité, prédominante à droite ; il est suivi pour ce problème par dr. B. _____, orthopédiste à l'hôpital de [...] (ttt. actuel antalgique et physiothérapie, échec d'infiltrations intraarticulaires).

De plus, Z. _____ souffre également de lombalgies chroniques avec un status postop. d'une hernie discale L4-L5 en 2014.

Dans ces conditions, il me semble effectivement qu'une réinsertion dans un emploi, même à temps partiel et sans effort est illusoire ».

Dans sa réponse du 15 février 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Il soutient que l'instruction a permis de démontrer que des activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré sur le plan somatique existent, précisant que l'âge, le niveau de français et le manque de ressources ne sauraient rendre inexigibles la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail. Se basant sur un avis du SMR du 9 février 2017, annexé à la réponse, il allègue qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé du recourant, soulignant que les atteintes décrites dans le rapport médical produit par le recourant correspondent aux limitations fonctionnelles ayant déjà été prises en compte dans une activité professionnelle adaptée. L'intimé précise, se référant au rapport du Dr H. _____ du 16 juillet 2014, qu'il y a lieu de retenir la date du 2 mai 2014 comme début de l'exigibilité entière dans une activité adaptée.

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'AI (art. 1 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'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière sur le fond.

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 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été

rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012).

c) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité suite à la demande qu'il a déposée le 7 juillet 2014.

3. 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 et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou de 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 établie, 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). 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 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 (art. 28 al. 2 LAI).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge s'il y a recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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, ce qui est déterminant, c'est 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 médicales soient dûment 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 ; TF 9C_104/2014 du 10 mai 2014 consid. 4.1).

Bien que les rapports d'examen réalisés par le SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) 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 probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; TF 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations effectuées par le service médical interne à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; TF 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confident privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient 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 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 ; TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

5. En l'espèce, sur le plan médical, il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de jardinier. Est en revanche litigieuse sa capacité de travail dans une activité adaptée.

a) Le recourant présente des atteintes au niveau dorsal, que son médecin traitant, le Dr Y._____, considère comme incapacitantes, quelle que soit l'activité.

Les pathologies dorsales du recourant ont été traitées chirurgicalement avec succès le 31 mars 2014, suite à l'opération pratiquée par le Dr H._____. Ce spécialiste a d'ailleurs indiqué, dans son rapport du 16 juillet 2014, qu'une activité professionnelle était exigible à 100%, sans diminution de rendement, dès le 2 mai 2014, à condition qu'elle n'implique pas le fait de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi ou à genoux, ni de rotations ou de ports de charge.

Aucun élément au dossier ne vient contredire cette conclusion et, partant, corroborer la persistance des douleurs lombaires alléguées par le recourant. On relèvera à cet égard que le Dr J._____ a souligné, dans son rapport du 30 septembre 2014, que l'intervention chirurgicale avait été un succès et que l'IRM pratiquée sur l'intéressé n'avait pas permis de mettre en évidence de nouvelle pathologie notable à même d'expliquer les plaintes de l'assuré.

Dans son rapport du 14 décembre 2015, le Dr Y._____ a considéré que les douleurs dorsales de son patient rendraient impossible toute activité sédentaire prolongée. Suite à la demande de précision de l'OAI, le médecin traitant a expliqué que, selon lui, l'assuré ne pouvait travailler dans la même position. C'est ainsi que le SMR a retenu, dans son rapport du 29 mars 2016, qui satisfait au demeurant aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer une pleine valeur probante, que l'activité adaptée qui pourrait être exigée de l'intéressé devait inclure une alternance des positions.

Au vu de ce que précède et s'agissant des atteintes dorsales, l'intimé a retenu à juste titre que le recourant présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) L'atteinte à l'épaule droite dont souffre le recourant depuis la fin 2013 ne permet pas non plus de nier une capacité de travail entière de l'intéressé dans une activité adaptée.

L'existence d'une atteinte à l'articulation acromio-claviculaire a été attestée par les différents praticiens ayant examiné le recourant et n'est de ce fait pas contestée. En revanche, hormis le Dr Y. _____, aucun autre médecin n'a considéré que cette atteinte empêcherait l'assuré d'exercer une activité professionnelle adaptée. En effet, le Dr J. _____ a d'abord considéré qu'aucun traitement médical ne s'imposait pour le problème à l'épaule droite, précisant toutefois que seul pouvait être exigé un emploi léger évitant les mouvements d'abduction de l'épaule au-delà de 90°. Le Dr B. _____ a également estimé que les lésions à l'épaule droite ne commandaient pas d'opération et précisé que le bilan radiologique ne démontrait aucune lésion visible autre que des troubles dégénératifs modérés de l'articulation, ce qui ne suffisait pas à expliquer les douleurs. Ce spécialiste n'a aucunement indiqué que ces atteintes empêcheraient l'assuré de pratiquer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

A cet égard, on relèvera que les limitations fonctionnelles qui ont été mises en avant par le médecin traitant en relation avec les douleurs de l'épaule droite, soit l'absence de port de charges supérieur à 5 kg et l'absence de mouvement répétitifs, ont été prises en compte par l'intimé dans le cadre de la décision entreprise.

Par conséquent, sur le plan de l'articulation acromio-claviculaire, force est de constater que l'intimé peut être suivi lorsqu'il retient la possibilité pour l'assuré de pratiquer une activité adaptée, sans diminution de rendement.

c) On retiendra donc, à l'instar de l'intimé, que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit l'absence de porte-à-faux du rachis,

d'accroupissements/agenouillements répétés, de port de charges de plus de 5 kg, de travail les bras au-dessus de la tête, d'alternance des positions et de travail répétitif de l'épaule droite.

On soulignera également que le rapport médical du Dr Y. _____ du 12 octobre 2016 n'y change rien. Celui-ci indique en effet que les deux épaules sont désormais douloureuses avec une diminution de rendement de la mobilité, prédominante à droite. Or et comme le relève à juste titre le SMR, ces atteintes ont déjà été prises en compte dans les limitations fonctionnelles à prendre en considération dans une activité professionnelle adaptée et il n'existe au demeurant pas de description clinique permettant d'attester d'une éventuelle aggravation avant la décision de refus de rente.

Si toutefois l'aggravation devait être confirmée, elle serait nécessairement postérieure à la reddition de la décision entreprise, de sorte qu'elle devrait, le cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande (*cf. consid. 2b supra*).

6. a) Sous un autre angle, le recourant semble alléguer que son niveau de français et son manque de ressources pourraient rendre inexigibles sa capacité résiduelle de travail.

b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *in VSI 1998 p. 293*). 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 (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, *in* RCC 1991 p. 329 ; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, *in* RCC 1989 p. 328). 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 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2 ; TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2 et les références citées).

c) Sur le plan personnel et professionnel, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée apparaît exigible. Si les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles, ses difficultés linguistiques et son manque de ressources peuvent limiter dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'elles rendent cette perspective illusoire. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans formation particulière. On relèvera à cet égard que les différentes mesures et stages mis en place dans le cadre de l'intervention précoce n'ont pas démontré que les difficultés évoquées par le recourant l'empêcheraient de trouver une activité adaptée. S'il est vrai que l'ORIF a considéré que dans son bilan final que l'activité industrielle légère était inadaptée à l'atteinte à la santé du recourant, soulignant que ce dernier n'avait pas les ressources suffisantes pour se réadapter, il semblerait que l'activité proposée dans ce cadre ne respectait pas les limitations fonctionnelles de protection de

l'épaule droite (cf. rapport SMR du 29 mars 2016). Le stage effectué au sein de la Fondation D. _____ n'a pas non plus mis en évidence des difficultés du recourant telles qu'il ne pourrait pas mettre à profit sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Il résulte de ce qui précède que c'est à raison que l'intimé a retenu le caractère exigible d'une activité adaptée à 100%.

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

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle

était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). A défaut de disposer de renseignements concrets fiables sur ce gain au moment de la décision administrative litigieuse, la jurisprudence considère que le revenu hypothétique peut être évalué sur la base de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb; TFA I 37/2004 du 13 janvier 2005, consid. 5.1.3 et I 138/2004 du 20 janvier 2005, consid. 4.2.4).

Le recourant n'a pas contesté la méthode et le calcul du degré d'invalidité effectués par l'intimé. Vérifié d'office, il apparaît que dit calcul ne prête pas flanc à la critique. En particulier, le taux d'abattement retenu par l'intimé (10 %) suffisamment compte des limitations fonctionnelles du recourant, les autres critères tels que manque de formation et difficultés de français n'étant pas des critères déterminants au sens de la jurisprudence (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Ainsi, le degré d'invalidité retenu par l'intimé de 21.04 % peut être confirmé. Ce taux étant inférieur au seuil des 40% ouvrant le droit à une rente, c'est à juste titre que l'OAI a nié le droit à cette prestation à l'issue de sa décision du 16 septembre 2016.

8. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) Enfin, au vu de l'issue du litige, le recourant, qui n'est au demeurant pas assisté par un mandataire professionnel, ne peut prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPG ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 16 septembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de Z. _____ qui succombe.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Z. _____,
- 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 :