

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 septembre 2016

Composition : M. NEU, président
M. Bonard et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

F._____, à **W.**_____, recourant, représenté par Me Nicolas
Mattenberger, avocat à Vevey,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. **a)** Originaire d'ex-Yougoslavie, entré en Suisse en 1990, au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, est marié et père de six enfants issus de deux mariages successifs. Sans formation professionnelle, il a œuvré dès 1995 en tant que magasinier au service de différents employeurs.

 Invoquant souffrir d'une hernie discale depuis 1993, l'assuré a déposé en date du 13 mars 1997 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

 Par décision du 10 novembre 1999, l'office AI a rejeté la demande de rente présentée par l'assuré, pour le motif que, sur le plan médical, il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée (p. ex. travail à l'établi, ou poste de servant de machines, avec possibilité d'alterner les positions ou en position assise autorisant des changements de position, avec un port de charges limité) ; or, sa capacité de gain, dans une telle activité, évaluée à 44'935 fr., ne déterminait qu'un préjudice économique de 10% par rapport au salaire qu'il aurait perçu dans son ancienne activité de magasinier, sans atteinte à la santé (49'829 fr. en 1999).

 Statuant par jugement du 29 juin 2000, le Tribunal des assurances du canton de Vaud (depuis le 1^{er} janvier 2009 : Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) a rejeté le recours formé par l'assuré contre cette décision. Ayant constaté que la comparaison des gains à laquelle l'administration avait procédé n'était pas contestée, il a confirmé le refus de toutes prestations.

 L'assuré n'ayant pas recouru contre ce jugement, celui-ci est entré en force.

b) Dès 1999, l'assuré a exercé diverses professions (manœuvre de chantier, aide-maçon, aide-peintre) avant de travailler dès le 1^{er} juin 2007 au service de la commune de W._____ en qualité d'employé communal, emploi qu'il a conservé jusqu'au 30 avril 2008. S'étant par la suite inscrit au chômage, il a travaillé au Service des parcs et Promenades de la commune de G._____ dans le cadre d'un programme d'emploi temporaire pour chômeurs du 1^{er} février 2009 au 4 juin 2009.

Le 4 juin 2009, l'assuré est tombé en sortant de sa voiture. Cette chute a entraîné des contusions à l'épaule gauche.

Le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Par décision du 27 décembre 2011, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision initiale du 18 mai 2011 aux termes de laquelle elle lui avait alloué pour ses seuls troubles résiduels à l'épaule gauche une rente d'invalidité de 14%, fondée sur un gain annuel assuré de 75'155 fr. et versée à compter du 1^{er} juin 2011, tout en refusant implicitement l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par arrêt du 18 décembre 2014 (cause n° AA 65/12 - 132/2014), la Cour de céans a partiellement admis le recours interjeté par l'assuré contre cette décision. Elle a considéré que c'était à tort que la CNA avait refusé d'entrer en matière sur la requête d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. La cause lui a donc été renvoyée afin qu'elle détermine si et dans quelle mesure l'octroi de l'indemnité requise se justifie en présence d'une rupture partielle du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche.

Cet arrêt n'ayant pas fait l'objet d'un recours, il est donc entré en force.

B. Ensuite de la remise à l'office AI d'un formulaire de détection précoce en date du 26 novembre 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 25 janvier 2010. Il a indiqué souffrir du dos et des poumons ainsi que de l'épaule gauche en relation avec l'accident du mois de juin 2009. Il a par ailleurs signalé des douleurs à la nuque de même qu'un diabète (« sucre ») et du cholestérol.

Le dossier de la CNA a été produit dans le cadre de l'instruction.

Le 27 juillet 2010, l'office AI a fait savoir à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était envisageable en raison de son état de santé.

Prenant position sur les pièces médicales versées au dossier, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), s'est exprimé en ces termes dans un avis médical du 21 mars 2013 :

« Il s'agit d'un assuré kosovar, marié, âgé de 57 ans [recte : 52 ans, réd.]. Il vit en Suisse depuis le 15 juillet 1990, au bénéfice d'un permis C. Il n'a pas de formation professionnelle. L'assuré dépose une demande de prestations AI le 25 janvier 2010, pour : « Epaule gauche accident, dos, poumon, sucre, cholestérol, nuque mal aussi ». L'assuré qui a travaillé comme manœuvre, est sans travail. Par la suite, il sera suivi par les services sociaux.

L'assuré qui travaille comme balayeur de rue est victime d'une chute sur l'épaule gauche, le 4 juin 2009. Il est vu par le Dr H._____, qui l'adresse au Dr C._____, orthopédiste. Un IRM de l'épaule gauche montre des tendinopathies avec étirement des tendons sus-épineux et sous-scapulaires, évoquant une possible déchirure partielle. L'assuré est vu par différents orthopédistes. Aucun traitement chirurgical n'est proposé. Les traitements entrepris sont conservateurs (infiltrations et physiothérapie).

L'assuré est convoqué à la Clinique V._____ où il séjourne du 31 mars 2010 au 5 mai 2010. Au terme de ce séjour, aucune indication chirurgicale n'est retenue. Une arthro-IRM montre des signes de tendinopathies du sus-épineux, sans rupture transfixiante. Un examen neurologique montre une atteinte radiculaire S1 gauche sensitivomotrice. Un avis neurochirurgical est demandé. Un IRM de la colonne lombaire réalisé le 27 juillet 2010 montre une hernie discale L5-S1 paramédiane et foraminale gauche. L'assuré est opéré de cette hernie discale le 14 janvier 2011, par le Dr P._____.

L'assuré est convoqué par les médecins de la SUVA, le 2 février 2011. Le Dr K._____, orthopédiste à la SUVA, estime que le statu quo sine est atteint. Il estime que pour les suites de l'accident, une exigibilité peut être retenue dans une activité ne nécessitant pas l'utilisation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale des épaules et respectant une limitation de port de charges à 15 kilos. Dans un document [du] 18 mai 2011, la SUVA reconnaît une diminution de la capacité de gain de 14% (salaire exigible comparé au salaire avant accident), puisque l'assuré pourrait travailler à 100% dans une activité adaptée. Il n'y a pas d'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. La SUVA confirme son appréciation par une décision sur opposition le 27 juillet [recte : décembre] 2011. L'assuré fait recours. Je n'ai pas trouvé dans les documents (dossier SUVA du 12 mars 2012) la décision du tribunal cantonal.

Le 8 juin 2012, nous apprenons que l'assuré est assisté d'un avocat pour son dossier AI. Dans un rapport médical du 26 novembre 2012, le Dr P._____, orthopédiste, ne se prononce pas sur l'état de santé de l'assuré et ne donne pas de réponse à nos questions. Il propose qu'une expertise soit organisée.

Dans un rapport médical du 12 novembre 2012, le Dr H._____, généraliste traitant, ne retient comme seul problème que les lombalgies et le problème de l'épaule. Le médecin ne signale aucun traitement à visée psychique.

Néanmoins, au vu de l'ensemble du dossier, afin de pouvoir exactement déterminer l'atteinte à la santé et ses séquelles, nous devons organiser une expertise rhumatologique et psychiatrique externe. L'assuré dit parler le français. Il faudrait s'en assurer. Sinon, il faudra un traducteur de langue albanaise. L'assuré devra prendre avec lui tout son dossier radiologique. »

Le 9 avril 2013, l'office AI a informé l'assuré qu'une expertise médicale bidisciplinaire était nécessaire. Le volet rhumatologique était confié au Dr Z._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, tandis que l'évaluation psychiatrique incomberait au Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'assuré n'a fait valoir aucun motif de récusation dans le délai de dix jours imparti à cet effet.

Daté du 16 mai 2013, le rapport du Dr D._____ contient un bref historique du dossier ainsi qu'une anamnèse couvrant la sphère familiale, professionnelle et psychosociale de l'intéressé (pp. 1-4). Il relate ensuite succinctement les plaintes de l'assuré, décrit le status psychiatrique et expose en quelques lignes le déroulement d'une journée de sa vie quotidienne (pp. 4-5). L'expert n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, seule une dysthymie

n'affectant pas cette dernière ayant été diagnostiquée (F 34.1). Il a conclu son rapport en relevant ce qui suit :

« Assuré de 52 ans, originaire du Kosovo, en Suisse depuis 1986, ayant alterné des emplois non qualifiés et des périodes de chômage jusqu'en 2009, moment où il est placé par le chômage comme employé communal à la Commune de G._____. En date du 4 juin 2009, il est victime d'un accident où, arrivant, à son domicile, il glisse sur une peau de banane, chute et est victime d'un traumatisme de l'épaule gauche. Il ne retravaille plus depuis et dépose une demande de prestations AI en date du 25 janvier 2010 dans le sens d'une rente.

Depuis le dépôt de cette rente, il est opéré pour cure de hernie discale L5-S1, en date du 14 janvier 2011, sans, d'après les dires de l'assuré, de réelle amélioration sur le plan algique de la mobilité.

L'examen psychiatrique du 14 mai 2013 met en évidence :

- o Les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec moral préservé, sans tristesse ni irritabilité, ruminations existentielles sans idées noires, fatigabilité itérative, sans trouble de concentration ou de mémoire, sans anhédonie, sans repli social, sans perte d'estime de lui-même, sommeil perturbé par réveils en fonction des douleurs, appétit diminué.
Le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec, à raison de 80% du temps, des moments où il se sent moins bien et s'isole, à raison de 20% du temps, des moments où il se sent mieux et sort avec les enfants et rencontre des amis et de la famille.
L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mis ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré.
- o Une absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic particulier et incapacitant, avec absence d'élément en faveur d'angoisses itératives, d'agoraphobie, de claustrophobie, de crise d'anxiété généralisée, de phobie sociale, de la lignée obsessionnelle.
- o Une absence de signe floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité.
- o La présence d'un tableau algique, affectant le dos, le membre inférieur gauche et l'épaule gauche, sans grande intensité ni détresse.

L'existence du tableau algique semble liée, d'après les éléments fournis au dossier, à un certain nombre de difficultés organiques.

Aucun élément du dossier transmis n'évoque une éventuelle symptomatologie psychiatrique.

Notre examen clinique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Sur le plan psychiatrique, nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 14 mai 2013 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

Sur le plan bi-disciplinaire, l'appréciation prenant en compte les aspects rhumatologique et psychiatrique participera du rapport d'expertise du Dr Z._____. »

L'expert a conclu son appréciation en niant l'existence de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, la capacité de travail étant à cet égard totale dans toute activité. Il n'y avait dès lors, selon lui, pas de raison médicale, d'ordre psychiatrique, pour mettre en œuvre une réadaptation professionnelle.

De son côté, le Dr Z._____ a déposé son rapport le 1^{er} juillet 2013. Il contient une anamnèse personnelle, socio-professionnelle et médicale (pp. 2-7), rapporte les plaintes émises par l'assuré, expose brièvement les constatations cliniques objectives effectuées par systèmes (status général, tête et cou, cardio-vasculaire, respiratoire, digestif et neurologique) et d'un point de vue ostéoarticulaire (démarche, posture, musculaire, rachis cervical, rachis dorsolombaire, épaules, coudes, poignets et mains, hanches, genoux, chevilles et pieds) puis rend compte des examens complémentaires pratiqués (pp. 8-11). Le Dr Z._____ a ensuite posé les diagnostics suivants :

« 4.1 *Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :*

- Syndrome lombovertébral récurrent et pygalgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
 - hypoextensibilité et myogélose du moyen fessier G
 - discopathie L5-S1

- scoliose dextro-convexe lombaire moyenne
- status post stabilisation dynamique L5-S1 et décompressions avec hémilaminectomie large et facetectomie le 14 janvier 2011

- Omalgie G post contusion en 2009
 - arthropathie acromio-claviculaire
 - tendinopathie sus-épineux sans signe de rupture.

4.2 *Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :*

- Syndrome cervicobrachial sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
 - spondylose et uncarthrose C6-C7
- Status post-opération de hernie inguinale D en 1985 et 2010
- Status post-opération des MTP D et G en 2008
- Asthme, diabète et hypercholestérolémie stables sous traitements depuis 2009 »

L'expert Z._____ s'est ensuite exprimé en ces termes sous l'intitulé « appréciation du cas » :

« Nous sommes confrontés à un assuré de 52 ans, originaire du Kosovo, en Suisse depuis 1987, veuf et remarié, père de six enfants dont une fille décédée en 2000, sans formation professionnelle mais ayant travaillé successivement comme manœuvre dans un garage, puis magasinier, puis manœuvre-maçon. Il bénéficie de prestations de chômage à deux reprises depuis 2004, au cours desquelles il travaille comme aide-jardinier à la Commune de G._____. Il stoppe son activité professionnelle en juin 2009 et ce jusqu'à ce jour.

Du point de vue médical, il est connu pour des antécédents décrits sous point 4.2.

Il signale depuis 1993 des douleurs lombaires basses qui s'exacerbent en 2011 pour lesquelles une infiltration aurait été effectuée et a exacerbé la symptomatologie douloureuse sous forme de lombopygialgies et de sciatalgies G. L'assuré subit une facetectomie ainsi qu'une hémilaminectomie large avec stabilisation avec quatre vis et Dynesis L5-S1 le 14 janvier 2011.

Il présente également suite à une chute en 2009 des omalgies gauches qui persistent, mises sur le compte d'une tendinopathie du sus-épineux avec déchirure partielle qui persistent jusqu'à ce jour, malgré un traitement conservateur bien conduit.

Au status de ce jour, on note la présence d'un syndrome lombovertébral avec pygialgies, on note une perte de réflexe achilléen et une hyposensibilité de la jambe de manière diffuse, et surtout une hyposensibilité et une myogélose du moyen fessier.

L'examen cervical met en évidence une hypomobilité segmentaire C5-C6 ainsi qu'une hypo-extensibilité des angulaires de l'omoplate probablement d'accompagnement.

L'examen de l'épaule G est également rassurant, il n'y a pas de signe de tendinopathie, il n'y a pas de signe d'instabilité. On note cependant des douleurs au niveau acromio-claviculaire sur probable arthropathie acromio-claviculaire. Il n'y a pas de troubles dégénératifs sous-jacents.

A noter qu'il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une atteinte systémique ou inflammatoire, il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur, tel qu'un syndrome poly-insertionnel ou des signes de non organicité selon Waddell.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiographique met en évidence au niveau lombaire une scoliose dextro-convexe lombaire moyenne, les deux vis pédonculaires au niveau de L5 et S1 sont en place, il n'y a pas de signe de descellement. Les espaces inter-somatiques sont sans problème. L'ultrasonographie des épaules de ce jour met en évidence un remaniement au niveau de l'articulation acromio-claviculaire sans signe de rehaussement au doppler, et un remaniement en regard de l'insertion du sus-épineux avec minime calcification à ce niveau, sans signe de rupture et sans collection liquidienne intra-articulaire ou au niveau de la bourse. La radiographie de l'épaule G de ce jour ne montre pas de trouble dégénératif glénoïdien, l'articulation acromio-claviculaire est sans problème. Il n'y a pas de trouble dégénératif sous-acromial. La radiographie de la colonne cervicale met en évidence une spondylose antérieure et uncarthrose en C6-C7 qui reste mineur. Les trous de conjugaison sont bien perméables.

Du point de vue thérapeutique, la poursuite de la médication myorelaxante et antalgique déjà en cours est de mise. L'utilisation d'une ceinture lombaire lors des mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier pourrait être proposée.

Du point de vue de son exigibilité, concernant son activité d'aide-jardinier dans la commune, estimant qu'il doit effectuer des mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, sa capacité de travail est estimée à 30%.

Dans une activité adaptée, médico-théoriquement, en limitant les ports de charge avec long bras de levier et en porte-à-faux répétés de plus de 5 kg, en limitant les mouvements au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche, sa capacité de travail est estimée à 75%.

D'un point de vue inter-disciplinaire, après discussion avec le Dr D._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité antérieure est estimée à 30% et dans une activité adaptée à 75%.

Le syndrome douloureux récurrent en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social ne présente pas de caractère incapacitant.

A mon avis, le bilan radiologique est rassurant, il n'y a pas de conflit radiculaire. L'ultrasonographie des épaules se révèle également rassurante, il n'y a pas de signe de rupture il n'y a pas de collection liquidienne intra-articulaire. L'évolution post-opératoire est également favorable, il n'y a pas de signe de descellement. Il est d'ailleurs difficile à comprendre l'ampleur de la symptomatologie douloureuse uniquement en se basant sur le socle somatique et radiologique que présente l'assuré.

Il est difficile de confronter l'appréciation vu qu'aucun des médecins ne se prononce sur une capacité de travail résiduelle.

Elle s'apparente cependant à celle du Dr K. _____, qui estime une diminution de la capacité de gain de 14% en raison de la problématique de l'épaule. »

L'expert a ensuite répondu comme suit aux questions de l'administration :

« B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés.

L'assuré présente une limitation concernant les mouvements répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 kg et les mouvements au-dessus de l'horizontale avec le MSG.

Du point de vue quantitatif :

Dans son activité antérieure d'aide-jardinier à 30%.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Depuis 2009, l'assuré n'a plus repris d'activité professionnelle suite à la chute sur l'épaule G. En 2010, une reprise d'une activité professionnelle aurait raisonnablement pu être exigée. Cependant, en mars 2010, une infiltration aurait entraîné une exacerbation de la symptomatologie douloureuse lombaire basse qui a persisté jusqu'à ce jour.

En mai 2011, soit trois mois après l'opération rachidienne, une reprise aurait raisonnablement pu être exigée.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

Cf. point 2.1

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Oui. A 40%.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Non.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Cf. point 2.1

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Elle est restée nulle jusqu'en mars 2010, date à laquelle il subit une infiltration qui a exacerbé la symptomatologie douloureuse et a motivé en janvier 2011 une intervention chirurgicale. L'assuré n'a plus repris d'activité professionnelle jusqu'à ce jour.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

L'assuré pourrait bénéficier d'une réadaptation professionnelle.

Les facteurs de bon pronostic sont la maîtrise du français, la bonne intelligence de l'assuré.

Les facteurs de mauvais pronostic sont l'intime conviction d'une invalidité de longue durée et son âge.

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

2.1 Si oui, par quelles mesures ?

Oui, en lui évitant d'effectuer des mouvements en porte-à-faux répétitifs, de porter de manière prolongée et répétitive des charges de plus de 5 kg et en évitant les mouvements au-dessus de l'horizontale avec le MSG.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Théoriquement bonne, ce d'autant plus qu'il n'y a pas d'atteinte psychiatrique sous-jacente.

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

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Cf. 2.1

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

En intégrant la composante psychiatrique, à 80% (accueil, sécurité, magasinier d'objets légers, vente d'objets légers ou de nourriture légère).

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Dans une activité professionnelle adaptée, il ne devrait pas présenter de diminution de rendement. »

Le 19 juillet 2013, le Dr X. _____ a demandé au Dr Z. _____

de répondre aux questions suivantes :

- En page 12 et 13 de votre expertise, vous reprenez successivement une exigibilité de 30 puis de 40%, dans l'activité exercée à ce jour, alors que dans le texte il semble

que cela soit plutôt 30%. Pouvez-vous nous communiquer le taux exact de l'exigibilité dans l'ancienne activité ?

- En page 12 et 13 de votre expertise, vous reprenez successivement une exigibilité de 75 puis de 80% dans une activité médicalement adaptée qui tient compte des limitations fonctionnelles que vous exposez. Pouvez-vous nous communiquer le taux exact de l'exigibilité dans une activité médicalement adaptée ?
- A partir de quelle date précise cette activité adaptée est-elle exigible ?

N'ayant reçu aucune réponse de la part du Dr Z._____, l'office AI lui a, par lettre du 20 septembre 2013, rappelé sa demande du 19 juillet précédent, à laquelle il a donné suite par courrier daté du 1^{er} juillet 2013, indexé le 3 octobre suivant. Il y confirmait que, dans son activité antérieure, la capacité de travail exigible de l'assuré était de 30% et de 75% dans une activité adaptée.

Dans un rapport médical du 29 novembre 2013, le Dr X._____ a déclaré se rallier aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire.

Il ressort ce qui suit d'une note d'entretien datée du 14 février 2014 entre l'assuré et la personne en charge de son dossier à l'office AI :

« Ai reçu l'assuré à la suite du rapport SMR fixant l'exigibilité. Auparavant, deux expertises (rhumato et psy) ont été nécessaires pour ce faire.

Si l'assuré ne conteste pas l'exigibilité, il me confirme ne pas pouvoir travailler et de ne pas avoir de motivation pour rechercher un emploi. L'assuré est au bénéfice du RI [revenu d'insertion, réd.] depuis juillet 2013. Auparavant, il n'en bénéficiait pas, en raison du salaire de ses deux fils vivant sous son toit.

Le dernier salaire perçu par l'assuré, pour une activité professionnelle, remonte à octobre 2008.

J'informe l'assuré qu'en raison de son manque de motivation, l'aide au placement ne lui sera pas proposée et que je vais procéder à une approche théorique et boucler son dossier. »

La note précisait encore qu'ensuite de cette entrevue, le collaborateur de l'office AI se proposait de contacter la commune de

W._____, afin de connaître le montant du dernier salaire perçu par l'assuré.

Le 15 mai 2014, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui allouer une rente d'invalidité sur la base des constatations suivantes :

« Depuis le 4 juin 2009 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

En raison de votre atteinte à la santé et selon les renseignements médicaux en notre possession, vous avez présenté les incapacités de travail et de gain suivantes dans votre activité habituelle de manœuvre :

- 100% du 4 juin 2009 au 30 août 2013
- 70% dès le 1^{er} juillet 2013

Il ressort, cependant, de l'instruction médicale de votre dossier, qu'à partir du 1^{er} mai 2011, vous présentez une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée à votre état de santé, telle qu'ouvrier dans l'industrie légère, surveillant de parking, manutentionnaire, soudeur et qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les ports de charges avec longs bras de leviers, en porte-à-faux, répétés de plus de 5 kilos, limiter les mouvements au-dessus de l'horizontale des épaules pour le membre supérieur gauche.

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 activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'901.00 par mois, part au treizième salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, niveau de qualification 4).

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 2010 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'097.04 (CHF 4'901.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'164.48.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 75%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 45'873.36 par année. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 45'873.46.

Sans atteinte à la santé, dans votre activité de manœuvre à 100%, votre gain annuel brut s'élèverait, pour l'année 2010, à CHF 53'636.00.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	53'636.00			
avec invalidité	CHF	45'873.35			
La perte de gain s'élève à	CHF	7'762.65	=	un	degré

d'invalidité de 14.47%

Toutefois, au vu de votre incapacité de travail et de gain totale dans toute activité lucrative du 4 juin 2009 au 30 avril 2011, le droit à une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100%, est ouvert à partir du 1^{er} juin 2010, soit après le délai d'attente d'une année.

La rente est supprimée au 31 juillet 2011, soit après le délai de trois mois d'amélioration de la capacité de gain, selon l'article 88a, alinéa 1, RAI, susmentionné.

Cependant, votre demande de prestations du 25 janvier 2010 est tardive. Dès lors, la rente ne peut être versée qu'à compter du 1^{er} juillet 2010, soit six mois après le dépôt de la demande, selon l'article 29, alinéa 1, LAI.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Vous avez droit à une rente entière du 1^{er} juillet 2010 au 31 juillet 2011. »

Par pli du 30 juin 2014, l'assuré a présenté des objections à l'encontre de ce projet. Il s'est plaint que l'expert Z._____ aurait fortement relativisé son ressenti en ce sens que les IRM et les radiographies à disposition, de même que l'examen clinique, n'expliciteraient guère les symptômes décrits. Or, il a relevé que l'expert ne contestait pas l'existence d'une perte du réflexe achilléen du membre inférieur gauche, une perte de sensibilité diffuse des membres inférieurs ainsi qu'une myogélose du fessier moyen. De ces éléments objectivement constatables et dont l'origine ne pouvait s'expliquer à la seule lumière des IRM et examens radiologiques effectués, l'assuré en inférait l'existence d'un problème en lien avec la pathologie rachidienne, voire une pathologie neurologique. Dès lors, les activités retenues par l'expert étaient, de l'avis de l'assuré, incompatibles avec la symptomatologie qui était la sienne, les limitations fonctionnelles réelles étant bien plus importantes que celles retenues dans l'expertise. Ainsi, au vu du caractère incomplet de cette dernière, l'office AI ne pouvait statuer sur sa demande de prestations sans autre mesure d'instruction. En conséquence, il a demandé que l'expertise

du Dr Z._____ soit complétée en vue notamment d'examiner « la possibilité d'une limitation fonctionnelle en rapport avec une neuropathie, d'origine indépendante ou, plus vraisemblablement, trouvant sa source dans les lésions rachidiennes, préexistantes ou iatrogènes. »

Se déterminant sur les objections formulées par l'assuré, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a écrit ce qui suit dans un avis médical du 14 juillet 2014 :

« Vous nous demandez de commenter le courrier du 30 juin 2014 de Me Mattenberger.

Ce courrier ne comporte aucune pièce médicale.

Nous rappelons que cet assuré de 53 ans, droitier, est tombé sur l'épaule gauche le 4 juin 2009. Dans le cadre de la SUVA, cet assuré a été examiné par le Dr K._____, orthopédiste, le 2 février 2011. Une pleine capacité de travail dans une activité adaptée était reconnue par le Dr K._____ et les limitations fonctionnelles sont en page 3 de son rapport.

En 2013, une expertise bidisciplinaire a été réalisée par le Dr Z._____, rhumatologue, et le Dr D._____, psychiatre. Les limitations fonctionnelles retenues sont : pas de mouvements répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 kg et pas de mouvements au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche. Dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible est de 75% dès le 1^{er} mai 2011. Des professions adaptées sont bien décrites en page 2 du courrier de l'OAI/VD du 15 mai 2014. D'un point de vue médico-asséculo-logique, il n'y a pas de raison de s'écarter de cette appréciation. Les activités de référence ayant été choisies par les spécialistes en réadaptation en fonction des limitations fonctionnelles, nous n'avons pas de commentaire.

Me Mattenberger reprend une liste de plaintes subjectives et de troubles objectifs qui ont été prises en compte par l'expert Z._____. Le premier paragraphe de la page 2 fait référence à des douleurs lombaires irradiant dans les membres inférieurs, en particulier dans le membre inférieur gauche. Ces douleurs sont similaires à celles décrites par l'expert et fondent en partie le diagnostic principal de syndrome lombovertébral récurrent et pyralgies chroniques retenu par le Dr Z._____ en page 11. Il n'y a ni fait nouveau, ni aggravation.

Le dernier paragraphe rappelle une perte de réflexe achilléen, une perte de sensibilité diffuse des membres inférieurs ainsi qu'une myogélose du moyen fessier. Ces éléments sont connus de longue date et pris en compte par l'expert qui cite le courrier du 5 juin 2010 du Dr N._____, neurologue, en page 4 de son rapport, courrier relatif à ces problèmes.

L'avocat de l'assuré écrit encore en page 3 à propos de l'expertise Z._____ « laquelle se limite à la prise en compte de la problématique de l'épaule » alors que l'expert retient comme premier diagnostic des douleurs lombaires irradiant dans les jambes et des douleurs fessières se diffusant au petit bassin.

Les arguments avancés par Me Mattenberger ne sont donc pas de nature à modifier nos conclusions. »

Le 21 juillet 2014, l'office AI a transmis à l'assuré une copie de la prise de position du SMR du 14 juillet précédent, en l'informant qu'en l'absence d'élément nouveau ou attestant d'une aggravation de son état de santé, il recevrait prochainement une décision conforme à son préavis du 15 mai 2014.

Par décision du 1^{er} décembre 2014, l'office AI a entériné l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 2010 au 31 juillet 2011.

C. Par acte du 19 janvier 2015, F._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision. Avec suite de frais et dépens, il conclut à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice avec effet rétroactif d'une rente d'invalidité « d'un pourcentage qui doit être fixé à dire de justice ». Subsidiairement, il demande le renvoi de la cause à l'administration afin qu'elle complète l'instruction. Reprenant pratiquement mot pour mot l'argumentation développée en procédure administrative au sujet du rapport d'expertise du Dr Z._____, le recourant critique l'appréciation de fait à laquelle s'est livré l'office AI. Par ailleurs, le recourant estime qu'en refusant de procéder au complément d'instruction sollicité, l'intimé aurait violé son droit d'être entendu. Il réitère par conséquent sa requête tendant à la mise en œuvre d'un complément d'expertise.

Dans sa réponse du 24 mars 2015, l'office AI relève que, selon le recourant, ses limitations fonctionnelles réelles seraient plus importantes que celles retenues par l'expertise du Dr Z._____, laquelle se limiterait à la prise en compte de la problématique de l'épaule. Indiquant avoir déjà répondu aux griefs formulés par le recourant, il se

contente de renvoyer à son avis médical du 14 juillet 2014. Pour le surplus, il considère que le rapport des Drs Z._____ et D._____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante, de sorte que la mise en œuvre d'un complément d'expertise ne se justifie pas. Partant, il propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

A l'appui de sa réplique du 22 mai 2015, le recourant a produit deux avis de sortie datés des 10 octobre 2014 et 19 novembre 2014 émanant de la Dresse M._____, du Centre de la douleur de la Clinique Q._____ et faisant référence à des infiltrations effectuées dans un but antalgique. Il a également produit un rapport médical du 21 janvier 2015 rédigé à l'intention de son conseil du Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin traitant, à la teneur suivante :

« (...)

Je l' [il s'agit de l'assuré, réd.] avais averti de la difficulté de son dos. Il n'a malheureusement pas énormément profité des 2 interventions que j'ai pratiquées. Son état de santé est certainement stationnaire et on ne peut pas s'attendre à une amélioration spectaculaire.

Néanmoins, comme je l'ai déjà précisé auprès de l'Office AI, une activité professionnelle au moins à 50% me paraît tout à fait juste. Cette activité pourrait certainement être réévaluée à 6 mois voire à 1 année. Par contre, cette dernière ne peut pas se faire dans son ancien métier.

Il est préférable que M. F._____ ait un revenu fixe avec une tolérance à long terme, plutôt que de l'exposer à un risque d'échec sur échec. C'est la raison pour laquelle une rente, certes provisoire et à 50% doit être allouée. »

Le recourant infère des pièces produites la confirmation d'importantes douleurs, qui n'auraient été qu'insuffisamment prises en compte, voire complètement ignorées, dans l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail. Dès lors, seul un complément d'expertise permettrait selon lui d'évaluer plus précisément les éléments pertinents.

Dupliquant en date du 16 juin 2015, l'intimé a joint la prise de position de son SMR du 8 juin 2015, dans laquelle le Dr J._____ s'est exprimé en ces termes :

« La décision querellée est datée du 1^{er} décembre 2014.

Dans un courrier daté du 21 janvier 2015 à l'avocat de l'assuré, le Dr P._____, orthopédiste qui a opéré l'assuré, écrit que « l'état de santé est certainement stationnaire » et confirme son appréciation d'une capacité de travail résiduelle d'au moins 50% dans une activité adaptée, ce qui ne contredit pas la position du SMR bien au contraire.

Dans sa réplique du 22 mai 2015, l'avocat de l'assuré retient aussi que l'état de santé de son client peut être qualifié de stationnaire, ce qui va dans le sens de l'appréciation du Dr P._____ et que nous ne contestons pas.

Aucune aggravation ou fait nouveau n'étant avancé, il s'agit donc de l'appréciation différente d'une situation clinique similaire à celle qui prévalait au moment de l'expertise bidisciplinaire de 2012.

Nous maintenons donc notre position. »

L'intimé a déclaré se rallier à cet avis, si bien qu'il a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse.

Le 13 août 2015, le recourant a fait savoir qu'il n'avait pas d'autres déterminations ou réquisitions à formuler et qu'il se référait pour le surplus à ses écritures précédentes.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI peuvent

directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. En l'occurrence, doit être tranchée la question de savoir si l'assuré présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

3. Par un premier grief d'ordre formel, le recourant reproche à l'office AI d'avoir violé son droit d'être entendu en refusant de procéder à un complément d'expertise.

Lorsqu'il invoque la violation du droit à une expertise complémentaire, le recourant fait valoir un aspect du droit d'être entendu et soulève le grief de la violation de cette garantie (à ce sujet, cf. notamment ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références) qui comprend notamment le droit pour l'intéressé d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes. Il soutient substantiellement que l'intimé ne pouvait objectivement se fonder sur le seul rapport du Dr Z._____

compte tenu des lacunes dont son expertise serait affectée et aurait à tout le moins dû procéder à une expertise complémentaire.

Le fait de déterminer sous l'angle de la violation du droit d'être entendu si les rapports médicaux disponibles sont contradictoires, voire lacunaires, et nécessitent un complément d'instruction est une question qui n'a pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves. En effet, assureur et juge peuvent renoncer à effectuer des actes d'instruction sans que cela n'engendre une violation du droit d'être entendu si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), ils sont convaincus que des faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que des mesures probatoires supplémentaires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves, voir notamment ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2). L'argumentation développée sera donc traitée avec le fond du litige. En d'autres termes, elle sera examinée sous l'angle de l'appréciation des preuves (TF 9C_673/2014 du 2 avril 2015 consid. 3).

4. Sur le fond, le recourant fait grief à l'office AI d'avoir considéré qu'il était en mesure d'exercer une activité adaptée à son atteinte à la santé au taux de 75%. L'ensemble des professions proposées par l'autorité intimée ne seraient en effet pas raisonnablement exigibles au vu de son état de santé.

a) L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité : un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une

maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 (art. 6 LPGA).

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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2; 8C_1034/2009 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de

savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Cela vaut aussi pour le psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/06 du 19 juin 2006 consid. 2).

5. Procédant à l'instruction de la cause, l'office AI a diligenté une expertise médicale bidisciplinaire auprès des Drs Z._____,

rhumatologue, et D._____, psychiatre, en vue d'évaluer l'état de santé du recourant et, partant, ses limitations fonctionnelles.

Il ressort du rapport du Dr Z._____ du 1^{er} juillet 2013 qu'en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, la capacité de travail du recourant est de 30% dans l'activité antérieure d'aide-jardinier et de 75% dans une activité adaptée dès le mois de mai 2011, étant précisé que seules les atteintes à la santé somatiques sont déterminantes pour l'appréciation de la capacité de travail puisque, selon le Dr D._____, l'intéressé ne présente aucune atteinte à la santé invalidante sur le plan psychiatrique.

L'office intimé s'est rallié aux conclusions des experts prénommés pour déterminer le droit aux prestations du recourant. Celui-ci estime toutefois que l'administration a procédé à une mauvaise appréciation de sa situation sous l'angle médical, ce qui le conduit à formuler divers griefs à cet égard. Or, comme ceux-ci se rapportent exclusivement à l'aspect somatique, point n'est besoin de discuter ici plus avant du volet psychiatrique.

a) Par un premier moyen, le recourant reproche à l'expert rhumatologue Z._____ de n'avoir considéré la problématique de ses limitations fonctionnelles que sous l'angle de la pathologie affectant l'épaule.

Dans son rapport du 1^{er} juillet 2013, l'expert pose les diagnostics affectant la capacité de travail de syndrome lombovertébral récurrent avec pygalgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ainsi que des omalgies gauches consécutives à une contusion survenue en 2009, pathologies auxquelles s'associent diverses affections secondaires.

Le Dr Z._____ relève que, à la suite d'une chute survenue en 2009, l'assuré présente des omalgies gauches mises sur le compte d'une tendinopathie du sus-épineux avec déchirure partielle qui persistent

jusqu'au jour de l'expertise, malgré un traitement conservateur bien conduit. Cependant, l'examen de l'épaule gauche est rassurant et il n'y a pas de signe de tendinopathie ni d'instabilité. Même si l'expert mentionne l'existence de douleurs au niveau acromio-claviculaire sur une probable arthropathie acromio-claviculaire, il ne constate pas de troubles dégénératifs sous-jacents. Du point de vue para-clinique, la radiographie de l'épaule gauche réalisée le 28 juin 2013 ne montre pas de trouble dégénératif glénoïdien. L'articulation acromio-claviculaire ne présente aucune particularité et aucun trouble dégénératif sous-acromial n'est mis en évidence. L'expert n'observe pas de conflit radiculaire, tandis que l'ultrasonographie des épaules se révèle également rassurante. Il n'y a pas de signe de rupture, ni collection liquidienne intra-articulaire

Pour ce qui est du syndrome lombo-vertébral, l'expert Z._____ note la présence de pygalgies, accompagnées d'une perte de réflexe achilléen et d'une hyposensibilité de la jambe de manière diffuse, auxquelles s'associent une hyposensibilité et une myogélose du moyen-fessier. Le bilan radiographique met en évidence une scoliose dextro-convexe lombaire moyenne. Les deux vis pédonculaires au niveau de L5 et S1 sont en place et il n'y a pas de signe de descellement. Quant aux espaces inter-somatiques, ils sont sans problèmes particuliers.

De ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'expert n'a pas limité l'examen des pathologies affectant la capacité de travail à la problématique de l'épaule. Il a également pris en considération le syndrome lombovertébral récurrent avec pygalgies chroniques, de sorte qu'il n'a ignoré aucune des atteintes à la santé susceptibles d'induire des limitations fonctionnelles.

Il s'ensuit que le grief formulé par le recourant n'est pas fondé.

b) Sur la base de son analyse, le Dr Z._____ a ainsi considéré que la capacité de travail du recourant était de 30% dans sa profession antérieure d'aide-jardinier et de 75% dans une activité adaptée, c'est-à-dire excluant les mouvements répétitifs en porte-à-faux avec long

bras de levier de plus de 5 kg et les mouvements au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche.

Le recourant estime que l'expert aurait dû tenir compte de sa pathologie rachidienne, plus particulièrement d'atteintes aux disques vertébraux, notamment dans la région L5-S1, laquelle pourrait s'avérer profondément handicapante dans le cadre d'une activité professionnelle en ce sens qu'elle ferait obstacle au maintien d'une position stable d'une manière prolongée. Si l'expert Z. _____ a certes retenu l'existence d'une discopathie au niveau L5-S1 comme composante du syndrome lombovertébral, il a toutefois considéré sur la base de la myélographie avec scanner et de la radiculographie pratiquées le 23 novembre 2010 que l'intéressé ne présentait pas de signe de souffrance radiculaire justifiant une restriction fonctionnelle spécifique.

Dans son recours, l'assuré reproche également au Dr Z. _____ de ne pas avoir pris en compte la problématique d'une limitation liée à une atteinte sensitive et motrice du nerf cubital du coude gauche, ce qui exclurait selon lui toute activité accoudée. Cette critique ne saurait être accueillie dans la mesure où il ressort des constatations objectives de l'expert que la palpation des épicondyles est exempte de douleurs et que la flexion-extension des coudes est conservée. Il n'y a par ailleurs pas d'épanchement et la mobilisation de l'articulation n'est pas douloureuse des deux côtés. De son examen clinique, l'expert n'a ainsi pas retenu de limitation particulière en relation avec les coudes.

Le recourant ne saurait davantage faire grief à l'expert de s'être borné à mentionner une perte du réflexe achilléen du membre inférieur gauche, une perte de sensibilité diffuse des membres inférieurs ainsi qu'une myogélose au niveau du fessier moyen sans pour autant avoir mis en œuvre d'examen complémentaire. En effet, le recourant perd de vue que la perte du réflexe achilléen, de même qu'une diminution de la sensibilité pour la partie latérale de la jambe et du pied gauches, est constatée dès 2010 par les médecins de la Clinique V. _____ (cf. résultat de l'électroneuromyogramme pratiqué le 29 avril 2010) ainsi que par le Dr

N._____, neurologue (cf. rapport du 6 octobre 2010). Celui-ci évoque en outre, toujours dans son rapport du 6 octobre 2010, l'existence d'une irradiation douloureuse à la fesse et à la face postérieure de la cuisse gauche, plus rarement à droite. Ce même praticien fait encore état de troubles de la sensibilité de topographie mal délimitable mais semblant intéresser la zone comprise entre L3 et S1 et souligne que le status est inchangé par rapport à celui du 5 octobre 2010 (cf. rapport du 18 mars 2011, cité par le Dr Z._____.). Au demeurant, le diagnostic de pygalgies chroniques retenu par le Dr Z._____ se rapporte à des douleurs à la fesse. On relèvera enfin que les médecins de la Clinique V._____ ont mis en évidence de légers signes de polyneuropathie sensitivo-motrice myélinique qu'ils imputent au diabète que présente le recourant. C'est donc à tort que celui-ci attribue une origine indépendante à la neuropathie, celle-ci ne justifiant pas une limitation fonctionnelle per se, ainsi qu'il le prétend. Au vrai, le Dr Z._____ a considéré que le diabète ne se répercutait pas sur la capacité de travail de l'intéressé. Dans ces conditions, c'est donc à juste titre que, dans son avis du 14 juillet 2014, le Dr J._____, médecin au SMR, relève que les éléments mis en exergue par le recourant sont connus de longue date.

Quant au fait que l'expert rhumatologue aurait fortement relativisé le ressenti du recourant, on ne peut que constater que les plaintes émises par ce dernier ont été dûment prises en considération par le Dr Z._____ de même que les douleurs alléguées. Il a en effet posé les diagnostics affectant la capacité de travail de pygalgies (douleurs à la fesse) et d'omalgies (douleurs à l'épaule). Cela étant, l'expert écrit qu'il peine à comprendre l'ampleur de la symptomatologie douloureuse uniquement en se basant sur le socle somatique et radiologique que présente l'assuré puisqu'il qualifie le bilan radiologique de rassurant.

c) Ainsi, en laissant entendre qu'il existerait des atteintes à la santé invalidantes - telles qu'une pathologie rachidienne, voire neurologique - qui justifieraient des limitations fonctionnelles plus importantes que celles retenues, le recourant apprécie lui-même son état de santé et, ce faisant, ne fait que substituer son propre point de vue à

celui de l'expert. Or, son appréciation personnelle n'a aucune valeur médicale et ne saurait remettre en cause celle du Dr Z._____. Pour ce faire, il appartenait à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'appréciation et qui seraient suffisamment pertinents pour établir le caractère incomplet de celle-ci. En l'occurrence, le recourant n'apporte aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par l'expert Z._____ et permettrait de douter de ses conclusions. On ne saurait dans ce contexte tenir compte du rapport du Dr P._____ du 21 janvier 2015. Celui-ci y fait état d'une incapacité de travail durable de 50%, sans que l'on sache ce qui justifie son point de vue. De surcroît, il n'a pas procédé à un examen clinique du recourant, ce qui ôte toute valeur probante à son appréciation. Quant aux avis de sortie des 10 octobre et 19 novembre 2014, ils ne sont d'aucun secours au recourant, dès lors qu'ils ne contiennent aucune analyse de sa situation médicale ni ne se prononcent sur sa capacité de travail.

d) On rappellera enfin que, selon la jurisprudence, la notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner 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 sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'oeuvre. 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 des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_728/2012 du 31 décembre 2012 consid. 4.3 et les références citées).

En l'occurrence, il convient d'observer que les activités simples et répétitives ne sont pas d'un nombre restreint et qu'elles ne se cantonnent pas à celles énumérées par l'expert Z._____ auquel il n'appartenait pas au demeurant de se prononcer sur ce point. Pour le surplus, le recourant s'exprime aisément en français, le manque de formation n'est pas rédhibitoire car le recourant a démontré sa capacité de s'adapter professionnellement nonobstant une formation élémentaire et enfin, il n'a pas encore atteint l'âge fixé par la jurisprudence pour admettre qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf., par exemple, dans ce sens TF 9C_725/2012 du 4 mars 2013 consid. 4.4 et les références dans lequel le Tribunal fédéral a considéré qu'un assuré âgé de 55 ans au moment de l'expertise lui ayant reconnu une capacité de travail entière dans une activité adaptée ne pouvait être considéré comme étant proche de l'âge ouvrant le droit à une rente de vieillesse ; cf. aussi ATF 138 V 457 pour un assuré proche de l'âge de la retraite).

6. Sur le vu de ce qui précède, il appert que les critiques formulées par le recourant à l'endroit de l'expertise du Dr Z._____ apparaissent dénuées de pertinence. Il ne développe pas une argumentation propre à démontrer le caractère insoutenable des constatations de l'intimé ou à établir, sur la base d'avis médicaux revêtant une pleine valeur probante, l'existence de doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du Dr Z._____.

En se fondant sur l'expertise bidisciplinaire des 16 mai et 1^{er} juillet 2013 des Drs D._____ et Z._____ c'est donc à juste titre que

l'administration intimée a considéré que le recourant présentait, dès le mois de mai 2011, une capacité de travail de 75% dans une profession adaptée à son état de santé et une capacité de travail de 30% dans son activité habituelle d'aide-jardinier. Cette expertise satisfait au demeurant aux réquisits jurisprudentiels, si bien qu'elle revêt une pleine valeur probante et que ses conclusions peuvent donc être suivies. Fruit d'une étude circonstanciée du cas, elle rapporte les plaintes exprimées par la personne examinée, comporte l'anamnèse de cette dernière et décrit le contexte médical. Reposant sur des examens complets, elle contient une appréciation claire de la situation médicale laquelle débouche sur des conclusions médicales dûment motivées. L'expertise bidisciplinaire réalisée par les Drs D. _____ et Z. _____ a par ailleurs été effectuée conjointement par deux spécialistes qui ont procédé à une appréciation interdisciplinaire et ont ainsi pu tenir compte des interactions des différents troubles, tant sur le plan somatique que psychique. Il s'ensuit qu'elle permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sur les prétentions du recourant, de sorte que sa requête tendant à la mise en œuvre d'un complément d'expertise doit être rejetée (appréciation anticipée de preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

7. En définitive, la décision attaquée du 1^{er} décembre 2014 n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours introduit par F. _____ le 19 janvier 2015 doit être rejeté.

8. a) 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 4 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en

matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 1^{er} décembre 2014 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 du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Nicolas Matttenberger, 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).

Le greffier :