

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 décembre 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente

Mme Di Ferro Demierre, juge et M. de Goumoens, assesseur

Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant, représenté par Me Sara Giardina, avocate à Nyon,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation, a travaillé auprès de [...] en qualité d'aide-jardinier dès son arrivée en Suisse en [...] jusqu'en 2014. Il a été victime d'un accident professionnel en octobre 2014 avec atteinte à son poignet gauche, le rendant incapable de travailler jusqu'au 5 janvier 2015. Il a reçu des prestations de l'assurance-chômage dès le 1^{er} janvier 2015, avec une aptitude au placement admise à 100%. Durant cette année, il a bénéficié de stages subventionnés dans le domaine de l'industrie légère, de cours de français et a obtenu un certificat d'agent de maintenance au [...].

Le 29 octobre 2015, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimée). L'assuré a précisé à cet office, lors d'un entretien téléphonique, qu'il présentait des atteintes au poignet et genou droits ainsi qu'à son majeur gauche. Il souffrait également d'une hernie discale et cervicale et avait subi une attaque cérébrale transitoire le 30 septembre 2015.

Dans un rapport du 23 novembre 2015, le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique, a attesté une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de jardinier en raison des douleurs présentées par l'assuré au poignet et cheville droits.

Une IRM [imagerie par résonance magnétique] du pied gauche réalisée le 1^{er} décembre 2015 a objectivé un petit névrome de Morton mesurant 8/9 mm occupant le versant plantaire du 3^{ème} espace inter-capito-métatarsien, responsable, selon la Dresse [...], spécialiste en radiologie, de la symptomatologie douloureuse.

Dans un rapport du 26 juin 2015, la Dresse [...], spécialiste en radiologie, a indiqué que l'assuré présentait une déchirure horizontale de la corne médiale et postérieure du ménisque interne, associée à une

surcharge du point d'angle postéro-médial et à une chondropathie grade IV de la facette interne de la rotule. Il existait par ailleurs un kyste méniscal externe centimétrique.

Dans un rapport du 5 janvier 2016, le Dr E._____, médecin traitant, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleurs chroniques du poignet droit sur lésion du ligament scapho-lunaire, de douleurs chroniques du pied droit sur entorse du Lisfranc-Chopart et synostose calcanééo-scaphoïdienne et de douleurs cervico-lombaires sur arthrose. Il a par ailleurs transmis à l'OAI les rapports suivants :

- un rapport du 26 septembre 2012 établi par la Dresse [...], laquelle était consultée en raison de douleurs persistantes au poignet gauche, faisant suite à une chute le 4 novembre 2011. Une arthro-IRM montrait une lésion du ligament scapho lunaire. La palpation du poignet était globalement indolore, avec des points plus sensibles à la face palmaire. Il n'y avait pas de signe de tendinite, pas de problème moteur, ni de signe irritatif en regard des nerfs périphériques. Une indication à aller reconstruire le ligament scapho lunaire était présente, ce que l'assuré ne souhaitait pas ;

- un rapport de radiologie de la colonne thoracique et lombaire du 30 juillet 2013 établi par le Dr [...], radiologue, dont les conclusions étaient les suivantes : "*discrète scoliose dorsale à convexité gauche et scoliose lombaire compensatrice à convexité droite. Remaniements arthrosiques débutants à la charnière lombosacrée et remaniements arthrosiques un peu plus importants au niveau sacro-iliaque des deux côtés, prédominant à droite*" ;

- un rapport du 24 août 2014 établi par le Dr K._____, spécialiste en rhumatologie, selon lequel l'assuré présentait des douleurs axillaires droites, dans un contexte où il avait exprimé ressentir des malaises depuis trois semaines, une diminution de la fréquence cardiaque et des phénomènes de

toux à certain moment de la journée. L'assuré souffrait également de lombalgies évoluant depuis avril 2013. Il n'y avait cependant pas d'irradiations aux membres inférieurs, ni parésie, ni paresthésie, ni majoration de Valsalva. Il existait par contre un trouble statique avec bascule du bassin en défaveur de la droite et une scoliose dorsolombaire avec convexité lombaire droite, laquelle pouvait être corrigée par l'introduction d'une épaisseur dans la chaussure. L'assuré éprouvait également des gonalgies bilatérales prédominantes à droite. A gauche, le genou présentait une déformation en valgus ;

- un rapport du 5 octobre 2015 établi par la Dresse [...], médecin-assistante à l'unité neurovasculaire de l'Hôpital [...], laquelle a posé le diagnostic d'AIT [accident ischémique transitoire] ponto-mésencéphalique d'origine artério-artérielle supposé, dans un contexte de diplopie difficile à caractériser et transitoire (2 heures) associé à une lourdeur frontale sans céphalées franche. Un traitement d'aspirine et pravastatine était débuté pour une prévention vasculaire secondaire.

Le 20 janvier 2016, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a complété un questionnaire médical à l'attention de l'OAI, indiquant néanmoins ne plus traiter l'assuré depuis août 2015. Il retenait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fractures du poignet droit (2x), de deux hernies inguinales, de quatre interventions au genou droit et de discarthrose multi-étagée, précisant qu'en raison de ses limitations fonctionnelles, seul l'acte de monter les escaliers était exigible de l'assuré.

Dans un rapport du 10 février 2016, le Dr K._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de traumatisme du genou droit, ménissectomie du genou gauche, de contusion du pied droit, en particulier du 3^{ème} orteil, de traitement chirurgical d'une plaie du 3^{ème} doigt de la main gauche, d'épicondylalgies gauches depuis des années, de lombalgies, de cervicalgies, et d'AIT ponto-mésencéphalique d'origine

artério-artérielle supposé, diplopie transitoire. L'assuré présentait une tuméfaction et une douleur du poignet droit lors des travaux de force et un status après quatre opérations du genou droit, le genou gauche étant également douloureux dans le cadre d'un status après méniscectomie. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle de jardinier était de 80% en raison des limitations fonctionnelles (pas de travail à genou, pas de mouvements forcés sur le poignet droit, ni port de charges supérieures à 10 kg, pas de travaux dans les pentes). Une activité légère à 80-100% était envisageable. Le Dr K. _____ a joint divers rapports à son avis, dont notamment :

- un rapport de radiologie de la colonne cervicale du 28 décembre 2011 établi par le Dr [...], spécialiste en radiologie, lequel mettait en évidence une discarthrose débutante en C5-C6 et C6-C7 associée à une uncarthrose étagée prédominante à l'étage cervical bas.
- un rapport du 30 avril 2012 établi par le Dr [...], spécialiste en chirurgie de la main. Selon ce médecin, l'IRM du 16 mars 2012 confirmait une rupture des ligaments scapholunaire et lunotriquétral du poignet droit, ce qui était suffisant pour expliquer les instabilités et les douleurs présentées par le patient. Une plastie ligamentaire était indiquée, mais l'assuré préférait remettre une intervention à une date plus tardive.

Dans son avis du 22 mars 2016, le Dr J. _____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), a estimé que l'activité habituelle d'aide jardinier n'était plus exigible. La capacité de travail était par contre de 80 à 100% dans une activité adaptée (activité légère avec possibilité d'alterner les positions assise et debout, en évitant les travaux sur terrain irrégulier et tout port de charge de plus de 10 kg) depuis sa dernière période d'activité d'aide-jardinier. Une incapacité de travail temporaire était admise entre le 30 septembre 2015 et le 1^{er} janvier 2016, à la suite d'un accident ischémique.

Par projet de décision du 7 avril 2016, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une mesure de reclassement ainsi qu'à une rente d'invalidité. Il a constaté que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 80% au minimum dans une activité légère de substitution qui tienne compte de ses limitations fonctionnelles. L'OAI a retenu que la perte de gain de l'assuré s'élevait à 7'229 fr. 87 [(revenu sans invalidité de 55'259 fr.) - (revenu d'invalidité de 48'029 fr. 13)] correspondant à un degré d'invalidité de 13.08%, lequel n'ouvrait pas le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Selon le Dr O._____, qui s'est adressé à l'OAI par courrier du 25 avril 2016, l'assuré présentait une incapacité de travail de 50% dans une activité de maçon, de plâtrier-peintre, d'installateur sanitaire ou paysagiste. L'assuré pouvait effectuer un travail debout et assis à 50%, mais ne pouvait pas s'accroupir, se mettre à genoux, ni monter ou descendre d'une échelle. Le port de charges de plus de 2 kg en marchant et la montée en descente des escaliers avec des poids lui étaient également interdits.

Par courrier du 6 mai 2016, le Dr O._____ a indiqué que l'assuré présentait une incapacité de travail de 60% dans l'activité de maçon, de plâtrier peintre, d'installateur sanitaire ou de paysagiste. Les limitations fonctionnelles étaient identiques à celles évoquées dans le courrier du 25 avril 2016, lequel était annulé et remplacé par la présente communication.

Par courrier du 31 mai 2016, l'assuré, désormais représenté par Me Sara Giardina, a contesté le projet de décision du 7 avril 2016. Se fondant sur les rapports des Drs K._____ du 10 février 2016, P._____ du 20 janvier 2016 et O._____ du 6 mai 2016, il a estimé que sa capacité de travail était de 40% seulement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il contestait par ailleurs le taux d'abattement de 10% retenu, compte tenu de son état de santé global, de son âge, de sa formation et du marché du travail.

Par avis du 21 juin 2016, le Dr J._____ du SMR a relevé que les rapports médicaux mentionnés par l'assuré dans le cadre de son opposition n'apportaient pas d'éléments objectifs de nature à justifier une limitation de la capacité de travail dans une activité adaptée. En particulier, celui du Dr P._____ avait été rédigé alors qu'il ne suivait plus l'assuré depuis plus d'une année. Le Dr O._____ avait quant à lui retenu une capacité de travail de 40% dans l'activité habituelle de paysagiste alors que le SMR avait estimé que cette activité n'était plus exigible. Enfin, le Dr K._____ retenait de façon incontestable une capacité de travail de 80 à 100% dans une activité légère, à trois mois de l'AIT ponto-mésentérique.

L'OAI a confirmé son projet de décision par décision du 22 août 2016.

B. Par acte du 26 septembre 2016, Y._____ a recouru contre la décision du 22 août 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. Il a contesté le revenu sans invalidité retenu par l'intimé, qui tenait compte d'un salaire annuel de 55'259 fr au lieu de 65'002 fr., calculé sur la base du salaire horaire de 30 fr. qu'il percevait dans son dernier emploi. L'intimée a retenu par ailleurs selon lui à tort une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, contre l'avis des médecins traitants. Enfin, c'était un taux d'abattement de 15% qui aurait dû être retenu compte tenu notamment des problèmes de santé qu'il présente et de ses possibilités de trouver un emploi qui lui permette d'alterner la position assise et debout et qui ne soit pas physique. A l'appui de son écriture, le recourant a produit les documents suivants :

- un courrier du 26 septembre 2016 du Dr O._____ à Me Giardina, lequel indiquait qu'à la date de sa dernière consultation, le 13 juillet 2016, l'assuré s'était plaint de douleurs permanentes et de limitations fonctionnelles au

niveau du poignet droit ainsi que de son genou droit, qui devenait également de plus en plus douloureux. Dans ce contexte, l'assuré ne pouvait pas fournir plus de 40% de rendement, quel que soit sa profession, la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique étant par ailleurs indispensable avant toute prise de décision de l'OAI ;

- un contrat de travail du 5 mars 2012 établi par l'entreprise [...], faisant état d'un salaire horaire de 30 fr. brut ;

- des contrats de travail des 4 novembre 2013 et 6 mai 2013 établis par la société [...], faisant état d'un salaire horaire de 30 fr. brut.

Dans sa réponse du 28 novembre 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision du 22 août 2016. Il a exposé avoir pris comme référence la convention collective de travail d'aide jardinier pour fixer le salaire sans invalidité, tenant également compte de l'extrait de compte individuel du recourant. Il a par ailleurs rappelé que la capacité de travail retenue de 80% dans une activité adaptée avait été fixée en tenant compte des avis médicaux au dossier.

Par réplique du 9 mars 2017, le recourant a modifié ses conclusions, en ce sens que, principalement, il avait droit à une rente entière d'invalidité, maintenant subsidiairement sa conclusion tendant au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A l'appui de son écriture, il a produit un rapport établi le 6 mars 2017 par le Dr K. _____, qui a fait l'appréciation suivante de son cas :

"Appréciation et propositions

La capacité de travail de M. Y. _____ dans la profession de jardinier est de 0 % selon mon appréciation actuelle. En effet, plusieurs structures nécessaires à l'appui sont totalement ou partiellement incompetentes, soit les deux genoux et la cheville et le pied droits. Il y a une péjoration en particulier sur le plan de la mobilité des genoux, en 2013 la flexion/extension du genou droit était encore à 137-0-0° (1300-0° actuellement) et 140-0-0° à gauche (115-0-0° actuellement). Il n'y a pas d'amélioration à attendre, sauf en cas d'implantation de prothèses totales des genoux dans le but de soulager des douleurs. M. Y. _____ s'est efforcé jusqu'en dernière

limite de travailler comme jardinier, car il n'avait pas d'autre perspective professionnelle.

Dans son rapport AI du 6.5.2016 le Dr O._____ est d'avis que M. Y._____ peut effectuer un travail debout et assis à 40%, ne peut s'accroupir ni même se mettre à genoux, que le port de charges de plus de 2 kg en marchant et la montée et descente des escaliers avec des poids lui sont également interdits, qu'il ne peut monter et descendre des échelles durant son travail, mais par contre qu'il peut travailler avec les mains et les épaules, en rotation du tronc ainsi que les mains en dessus des épaules mais sans port de charges supérieures 2 kg.

11 prescriptions de 9 séances de physiothérapie chacune entre 2014 et 2016 n'ont pas apporté d'amélioration déterminante.

L'évolution concernant les restrictions physiques et le pronostic pour une reprise de l'activité professionnelle, respectivement pour une amélioration de la capacité de travail (points 1.7 et 1.9 de mon rapport AI du 10.02.2016) sont défavorables. Il n'y a pas eu d'option thérapeutique chirurgicale mise en œuvre au cours de l'année écoulée, ni concernant le poignet droit, ni les genoux. De plus, M. Y._____ se plaint de lombalgies avec des accès douloureux dont un au moins à nécessité une consultation en urgence chez le Dr O._____ le 14.12.2016 avec injection infra-articulaire d'AINS et de cortisone.

Dans une autre profession que jardinier, c'est-à-dire dans une activité manuelle légère, M. Y._____ sera limité par l'instabilité et les ruptures ligamentaires du poignet droit lors des mouvements de pro-supination et de préhension, tâches qu'il ne pourra effectuer de manière répétée. Vu les problèmes des membres inférieurs, il ne pourra pas intervenir comme coursier par exemple. Plusieurs articulations sont douloureuses de manière quasiment permanente ou en cas de sollicitation, même modérée. En lien avec les lombalgies, il faudra s'attendre à un absentéisme. La capacité de travail dans une activité légère à une année de mon appréciation du 10.02.2016 me paraît évoluer défavorablement et j'estime sa capacité de travail à 20-40% à un poste adapté.

Afin de préciser la capacité de travail dans une activité légère avec des constatations objectives, je vous propose de réadresser M. Y._____ au Dr [...], spécialiste en chirurgie de la main, pour réévaluation et mesure de la force de préhension résiduelle et de prévoir un examen chez un neurologue dans le cadre de l'ancien AIT avec, le cas échéant, un bilan neuropsychologique ; en effet M. Y._____ se plaint de troubles de la mémoire et d'un manque du mot. Une alternative serait de faire une demande au médecin-conseil de sa caisse-maladie pour une garantie en vue d'une hospitalisation de trois semaines à la Clinique romande de réadaptation de la SUVA en raison de la présence de plusieurs atteintes, ostéo-articulaires et neurologiques, et d'un traitement des lombalgies ne répondant pas aux mesures conduites en ambulatoire. D'autre part, un bilan radiologique récent est nécessaire, concernant le rachis, en particulier cervical afin d'apprécier l'évolution de la calcification du ligament longitudinal postérieur, du poignet droit des genoux et de la cheville et du pied

droit M. Y. _____ possède un CD avec des clichés des extrémités effectués entre 2014 et 2015, mais que je ne suis pas parvenu à ouvrir ".

Par duplique du 3 avril 2017, l'intimé a produit un avis du 28 mars 2017 établi par le Dr J. _____ du SMR. Il en ressort en substance que les rapports établis par le Dr K. _____ les 10 février 2016 et 6 mars 2017 étaient strictement superposables quant aux atteintes décrites, tous les arguments mentionnés en 2017 à l'appui d'une capacité de travail de 20-40% (au lieu de 80-100% comme attesté le 10 février 2016) relevant de plaintes subjectives et non de constatations objectives. Il n'y avait dès lors aucune raison de revenir sur la capacité de travail dans une activité adaptée qui avait été fixée à 80%. S'agissant du revenu sans invalidité, il apparaissant que le recourant n'avait jamais réalisé le revenu annuel allégué de 65'002 fr., de sorte que le montant retenu dans le cadre de la décision entreprise était maintenu, de même que l'abattement de 10% sur le revenu d'invalidé.

Dans ses déterminations du 5 mai 2017, le recourant a reproché à l'intimé de s'être fondé sur les avis du Dr J. _____, alors que ce dernier ne l'avait jamais examiné. Se posait également la question de savoir si le Dr J. _____ possédait un titre FMH et les compétences nécessaires en rhumatologie et chirurgie orthopédique pour évaluer son cas. L'avis du Dr J. _____ différant de celui des médecins traitants, il se justifiait de mettre en œuvre une expertise, laquelle devrait tenir compte de la jurisprudence récente relative aux troubles somatoformes douloureux.

Par courrier du 30 mai 2017, l'intimé a confirmé ses conclusions, indiquant que l'avis du SMR ne suscitait aucun doute quant à sa fiabilité et pertinence, raison pour laquelle il estimait inutile de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. La jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux invoquée par le recourant n'était par ailleurs par pertinente, au vu des diagnostics retenus par les différents médecins.

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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 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).

b) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière au fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre les 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, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à percevoir des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sur l'évaluation de sa capacité de travail.

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 d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins à une demie-rente, un taux de 60% au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70% au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

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. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. 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 et 105 V 156 consid. 1).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire

sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C_624/2014 du 19 décembre 2014, consid. 5.4.2, 8C_368/2013 du 25 février 2014, consid. 4.2.4, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 8C_624/2014 du 19 décembre 2014, consid. 5.4.2, 9C_205/2013 du 1er octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C_66/2013 du 1er juillet 2013, consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6 ; TF 9C_702/2013 du 16 décembre 2013, consid. 3.4.2 et 9C_737/2012 du 19 mars 2013, consid. 2.3). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à

celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc ; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4 et 9C_649/2008 du 31 août 2009, consid. 2; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a).

4. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'aide-jardinier ou de paysagiste. Le Dr J._____ du SMR l'a en effet admis dans son avis du 22 mars 2016, se fondant sur le rapport du Dr K._____ du 10 février 2016, lequel admettait une incapacité de travail dans l'activité habituelle de jardinier de 80%.

b) Dans une activité adaptée, le Dr K._____ a admis une pleine capacité de travail (80 à 100%), dans son rapport du 10 février 2016, l'activité à considérer devant être légère, avec possibilité d'alterner les positions assises et debout, en évitant les travaux sur terrain irrégulier et tout port de charge de plus de 10 kg. Il n'y a pas lieu de s'écarter des observations de ce médecin, dont le rapport étayé se fonde sur un suivi régulier et un examen clinique du recourant. Il apparaît par ailleurs qu'au moment où l'OAI a statué, aucun autre médecin ne venait contredire l'appréciation du Dr K._____.

L'avis du Dr O._____ est moins favorable au recourant que celui établi par le SMR. Ce médecin reconnaît en effet au recourant une capacité de travail de 50% (rapport du 25 avril 2016), puis de 40% (rapport du 6 mai 2016) dans les activités de maçon, de plâtrier-peintre, d'installateur sanitaire et même de paysagiste, soit dans l'activité habituelle de ce dernier. On peine dès lors à comprendre l'intérêt du recourant à s'y référer. Par ailleurs, le Dr O._____ n'expose pas pour quelle raison la capacité de travail, qui était de 50% le 25 avril 2016, n'est plus que de 40% le 6 mai 2016, alors que les atteintes, qu'il liste et décrit de façon détaillée dans ses deux rapports successifs, sont strictement les mêmes. Ce dernier élément suffit à douter du caractère probant de l'évaluation médicale exposée par le Dr O._____. Quant à l'avis du Dr P._____, il n'est pas non plus de nature à remettre en cause celui du

Dr K. _____ du 10 février 2016, dans la mesure où il a indiqué n'avoir plus revu l'assuré depuis plus d'une année lors de la rédaction de son rapport du 20 janvier 2016. On notera par ailleurs qu'il apparaît douteux, à la lecture du dossier, que les limitations fonctionnelles du recourant soient telles qu'il puisse seulement "monter les escaliers" dans le cadre d'une activité professionnelle, ainsi que l'a écrit le Dr P. _____ dans son avis.

On relèvera encore que le recourant a été reconnu apte au placement par l'assurance-chômage durant toute l'année 2015, année durant laquelle il a été en mesure de suivre plusieurs formations (notamment formation d'agent de maintenance du 13 avril au 29 mai 2015, avec obtention d'un certificat le 3 juin 2015, cours de langue du 11 mai au 3 juillet 2015) et assigné à un programme d'emploi temporaire, à plein temps.

Le recourant ne peut dès lors pas être suivi lorsqu'il affirme que c'est une capacité de travail de 50% qui aurait dû être retenue sur la base des rapports des Drs K. _____ et O. _____. A cet égard, le second rapport du Dr O. _____, établi le 26 septembre 2016, selon lequel la capacité de travail de 40% vaut pour toute activité, et non seulement pour celles décrites dans les rapports des 25 avril et 6 mai 2016, ne permet pas une appréciation différente de la situation, dans la mesure où cette nouvelle appréciation, établie à la demande de Me Giardina dans le cadre de la procédure de recours, n'est pas motivée. Quant au rapport du 6 mars 2017 établi par le Dr K. _____, il mentionne un état anxieux en lien avec la découverte d'un PSA [antigène prostatique spécifique] augmenté nécessitant des biopsies de la prostate à la recherche d'un éventuel cancer. Le médecin constate également une évolution défavorable depuis son rapport du 10 février 2016, en l'absence d'options thérapeutiques chirurgicales mises en œuvre durant l'année écoulée. Le Dr K. _____ a également fait état de lombalgies avec accès douloureux dont un au moins a nécessité une consultation en urgence chez le Dr O. _____ le 14 décembre 2016 avec injection intra-articulaire d'AINS et de cortisone. Cela étant, le Dr K. _____ ne fait pas état d'éléments qui auraient été ignorés lors de son appréciation du 10 février 2016 et

seraient antérieurs à la décision entreprise. Or, 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 de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1. p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366). En effet, pour autant qu'une péjoration de l'état de santé du recourant soit mise en évidence, celle-ci n'est pas intervenue avant la décision attaquée. C'est donc des éléments susceptibles de fonder une nouvelle demande qui sont rapportés par le Dr K._____, mais non déterminants in casu. On ajoutera au demeurant que les deux avis établis par le Dr K._____ sont superposables quant aux atteintes décrites, seule étant modifiée l'appréciation de la capacité de travail du recourant sur la base d'un ressenti douloureux subjectif exprimé par ce dernier, des constatations objectives faisant en l'occurrence défauts. Dans ce contexte, il apparaît que le recourant se prévaut en vain de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_10/2017 du 27 avril 2017, relatif à la valeur probante des avis établi par le SMR. En effet, dans cet arrêt, l'appréciation du SMR s'opposait à celles des médecins traitants qui avaient suivi la recourante, ce qui aurait dû conduire l'OAI à ordonner la mise en œuvre d'une expertise (consid. 5.1 et 5.2). Or dans le cas présent, l'avis du médecin traitant ne diverge pas de celui du SMR. Le Dr K._____ a en effet admis une capacité de travail de l'ordre de 80 à 100% dans une activité adaptée, étant rappelé que les avis subséquents des Drs O._____ et le complément du Dr K._____, qui revient sur sa première appréciation en cours de procédure, ne sont pas convaincants. On ajoutera encore que dans ce contexte, les interrogations du recourant relatives aux compétences Dr J._____, si elles se justifient, ne sont déterminantes, dans la mesure où l'appréciation de ce médecin se fonde principalement sur l'avis même du Dr K._____, qui retient une pleine 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 de l'exercice d'une activité adaptée à 100 %.

5. Reste à déterminer le degré d'invalidité de l'assuré sur cette base.

a) Aux termes de 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 utiles, sur un marché du travail équilibré.

b) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant, au degré de la vraisemblance prépondérante, ce qu'elle aurait pu effectivement 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 (TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4.3.3 ; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

En l'occurrence, en tant que personne valide, l'OAI a retenu que le recourant exercerait la profession d'aide-jardinier, soit celle qu'il a exercée dans le cadre de son dernier emploi auprès de [...]. Le recourant conteste cependant le revenu sans invalidité retenu par l'intimé, se référant aux contrats de travail qu'il a produits dans le cadre de son recours, pour en déduire qu'il devait être tenu compte d'un salaire horaire de 30 fr. sur l'année, soit un revenu sans invalidité de 65'001 fr. 96, en lieu et place du montant de 55'259 fr. arrêté dans la décision litigieuse.

Le recourant perd cependant de vue que durant l'entier de sa carrière professionnelle, il n'a jamais réalisé un revenu proche de celui allégué (cf. extrait de compte individuel du 4 décembre 2015). Il ressort en particulier des pièces au dossier qu'il travaillait essentiellement lors de la belle saison, ce qui l'a conduit à alterner des périodes d'engagements de durée déterminée et de chômage. En évaluant le revenu sans invalidité sur la base d'une convention collective de travail applicable à l'activité du

recourant, l'OAI n'a donc pas erré, étant encore précisé que les chiffres tirés ladite CCT, qui n'est pas produite au dossier, ne sont pas critiqués par le recourant.

c) S'agissant du gain d'invalidé, l'OAI s'est fondé à juste titre sur le revenu statistique découlant de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb), pour des activités simples et répétitives (niveau de qualification 1) dans les secteurs de la production et des services, ce que le recourant ne conteste pas. Le montant déterminant pour une telle activité exercée à 100% (soit $5'210 \times 12 = 62'520$) est de 66'422 en 2015, compte tenu de la durée hebdomadaire moyenne de travail en 2015 (soit: 41.7 heures) et de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2015 (évolution des salaires nominaux depuis 2012: + 2.7%). Ce montant est légèrement supérieur à celui retenu par l'intimé de 65'652 fr. 48. Cette différence ne prête cependant pas à conséquence, ce d'autant que le montant retenu par l'OAI est plus favorable au recourant, dans le cadre d'une comparaison des revenus hypothétiques sans et avec invalidité.

Quant à l'abattement appliqué sur ce dernier montant, l'OAI a retenu un taux de 10%, en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge du recourant. Celui-ci est d'avis que ce taux ne tient pas suffisamment compte de ses divers problèmes de santé et de ses possibilités de trouver un emploi qui permette d'alterner la position assise et debout et qui ne soit pas physique. Il fait également valoir comme facteurs supplémentaires le fait de n'avoir aucune formation particulière, de ne parler que peu le français ainsi que son âge, estimant en définitive qu'un taux minimum de 15% doit être retenu.

En ce qui concerne l'absence de diplôme, ce facteur est indirectement pris en compte dès lors que le revenu statistique retenu correspond au revenu déterminant pour des activités d'un niveau de qualification 1, soit des activités n'impliquant généralement pas de qualifications professionnelles particulières. Pour le surplus, même à admettre un taux d'abattement de 15%, qui pourrait se justifier en raison de l'état de santé du recourant et du fait qu'il ne parle que peu le français,

il apparaît que le salaire d'invalidé, alors porté à 55'804 fr. 60 ([65'652.48 - 65'652.48 x 15%]) ne suffit pas à influencer le résultat de la décision entreprise. En effet, le préjudice résultant de la comparaison des revenus hypothétiques sans et avec invalidité conduit à arrêter le degré d'invalidité à 1%, dans le cas d'une activité adaptée exigible de 100%, ce qui n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité, puisqu'il est fixé à 40% (art. 28 LAI).

6. Il résulte de ce qui précède que les griefs du recourant sont mal fondés. Dès lors, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

a) S'agissant d'une contestation portant sur le refus de prestations de l'AI, des frais, qui doivent être situés entre 200 et 1000 francs en fonction de la charge liée à la procédure, et qu'il y a lieu ici d'arrêter à 400 fr., sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI, art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) Il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD a contrario).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 août 2016 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.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Sara Giardina, avocate (pour Y. _____),
- 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 :