

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 mai 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Bidiville et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 17 et 28 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un certificat fédéral de capacité (ci-après : CFC) d'horticulteur, était associé avec [...] pour l'exploitation de la société en nom collectif H._____, active dans le jardinage et le montage d'installations de ventilation et de climatisation. Cette société a été créée le 1^{er} avril 2003. L'assuré l'a quittée le 29 février 2016.

Le 25 novembre 2015, l'assuré 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'intimé) faisant état d'une atteinte à l'épaule gauche existant depuis le 10 juin 2015, tout en précisant être en incapacité de travail de 100 % depuis le 11 septembre 2013. Dans sa demande, il a indiqué être suivi par le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale, et le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il a en outre mentionné toucher des prestations sous forme d'indemnités journalières de la part de X._____, assureur perte de gain.

Sur requête de l'OAI, X._____ lui a adressé le dossier de l'assuré en date du 22 décembre 2015. Il ressort notamment de ce dossier les éléments suivants :

- un certificat médical du 10 juin 2015 établi par le Dr M._____, attestant une incapacité de travail de 100 % dès le 10 juin 2015,
- un rapport du 25 août 2015 du Dr M._____, posant le diagnostic de rupture du tendon sus-épineux de l'épaule gauche et avançant un pronostic favorable à cet égard.

De l'extrait de compte individuel reçu le 23 décembre 2015 par l'OAI, il ressort que l'assuré était affilié à l'AVS depuis le mois d'avril 1995 en qualité de personne de condition indépendante.

Le 17 février 2016, le Dr R. _____ a adressé à l'OAI son rapport, dont on extrait ce qui suit :

« Diagnostics avec effet sur la capacité de travail :

- Conflit sous-acromial gauche avec rupture du sus-épineux et instabilité du long chef du biceps depuis printemps 2014
- Arthrose acromio-claviculaire gauche et gléno-humérale gauche, depuis printemps 2014
- PTG [prothèse totale de genou] gauche suite à une gonarthrose, 18.01.2013

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail :

BPCO [broncho-pneumopathie chronique obstructive] depuis 2009

Anamnèse :

Patient aux antécédents de plastie du LCA [ligament croisé antérieur] et méniscectomie gauche en 1998, plastie du LCA droit en 2003 et PTG gauche en 2013 qui présente des douleurs de son épaule gauche début 2014, nocturnes puis diurnes également, aggravées par les travaux lourds. Je l'ai adressé au Dr M. _____ pour le traitement qui est chirurgical. Je vous joins les rapports de ce confrère. J'apprends par votre courrier que des douleurs persistent malgré l'opération et qu'il est en arrêt de travail. Je ne l'ai pas revu pour ce problème et vous prie de vous référer au rapport du Dr M. _____.

Patient par ailleurs en bonne santé habituelle mais avec une BPCO degré A sur tabagisme.

Constat médical :

Je n'ai pas examiné son genou ni son épaule depuis les 2 opérations. »

En annexe à son rapport, le Dr R. _____ a transmis à l'OAI notamment les éléments suivants :

- un rapport du 6 mars 2013 du Dr M. _____ et de la Dresse E. _____, posant le diagnostic de gonarthrose gauche post-traumatique et précisant à cet égard que l'assuré avait subi une arthroplastie totale du genou gauche le 18 janvier 2013,
- un rapport du 20 mars 2015 de la Dresse G. _____, spécialiste en radiologie, consécutif à une radiographie de l'épaule gauche de l'assuré, faisant part des conclusions suivantes :

« **Anamnèse, indication :**

Douleurs fluctuantes sans notion de traumatisme. Troubles dégénératifs ?

Description :

Remaniements dégénératifs sur la grosse tubérosité avec un aspect ostéosclérosé et des géodes kystiques sous-chondrales à l'insertion des tendons de la coiffe des rotateurs de topographie à l'insertion du supra-épineux et de l'infra-épineux.

Diminution de l'espace sous-acromial.

Acromion crochu ostéophyttaire.

Hypertrophie dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire.

Minime atteinte dégénérative sur le versant inférieur de l'articulation gléno-humérale »,

- un rapport du 19 mai 2015 du Dr M._____, considérant que l'assuré exerçait un travail lourd pour ses épaules provoquant des douleurs nocturnes ainsi que diurnes et relevant qu'une arthro-IRM avait confirmé une rupture transfixiante du tendon sus-épineux non atrophié et peu rétracté nécessitant une refixation,
- un rapport du 13 juillet 2015 des Drs M._____ et Q._____, posant le diagnostic de déchirure transfixiante étendue du tendon sus-épineux et instabilité du long chef du biceps de l'épaule gauche et précisant que l'intervention chirurgicale du 26 juin 2015 s'était déroulée sans complication.

Le 2 mars 2016, le Dr M._____ a adressé son rapport à l'OAI, dans lequel il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de rupture du tendon sus-épineux de l'épaule gauche, rupture du tendon sus-épineux de l'épaule droite, status après fixation ouverte du tendon sus-épineux et status après une prothèse totale de genou (PTG) pour gonarthrose post-traumatique. A cet égard, il a attesté une incapacité de travail de 100 % du 26 juin 2015 au 10 janvier 2016, de 50 % du 11 au 24 janvier 2016 et à nouveau de 100 % dès le 25 janvier 2016. Il a en outre précisé que l'assuré avait été opéré d'une prothèse totale de genou (PTG) gauche pour gonarthrose post-traumatique avec une évolution assez favorable permettant une reprise de son activité professionnelle et que ce n'était qu'en 2014 qu'il avait présenté des douleurs à son épaule gauche entraînant une intervention chirurgicale. Il a encore exposé que l'activité

exercée par l'assuré n'était plus exigible et qu'il présentait des limitations fonctionnelles (incapacité à travailler dans le domaine de la construction, incapacité à manipuler des objets avec les bras en élévation, incapacité à soulever des charges et effectuer des mouvements répétitifs surchargeant les deux épaules).

L'assuré a quitté la société en nom collectif H._____ au début de l'année 2016 et son nom a été radié du Registre du commerce le 3 mars 2016.

Le 4 avril 2016, l'assuré a débuté un stage de chauffeur-livreur auprès de la société S._____ se déroulant sur quatre jours complets par semaine, soit à un taux de 80 %, prévu jusqu'au 29 avril suivant.

Dans un rapport du 13 juin 2016 adressé à l'OAI, le Dr M._____ a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100 % pour tout travail lourd et qu'une reprise de travail théorique était possible dans une activité adaptée à partir du 1^{er} juillet 2016. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort en porte-à-faux, pas de manipulation d'objets les bras en élévation, pas de soulèvement de charges de plus de 10 kg et pas de mouvements répétitifs surchargeant les deux épaules. Il a néanmoins précisé que le port de charges sans effort d'élévation était possible pour des charges d'environ dix kilos.

Par projet du 22 juin 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à un reclassement et à une rente d'invalidité, dès lors que le degré d'invalidité était inférieur, respectivement à 20 % et 40 %.

Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assuré que les conditions d'un droit au placement étaient remplies, de sorte qu'il serait conseillé et soutenu pour la recherche d'un emploi.

Le 11 août 2016, l'assuré a formulé ses objections quant au projet du 22 juin 2016 de l'OAI. Il a fait valoir, en substance, que des

mesures de réadaptation s'avéraient nécessaires dans sa situation, afin de déterminer ses capacités physiques dans d'autres activités professionnelles.

Dans un courrier du 5 octobre 2016 adressé à l'OAI, le Dr M. _____ a fait part de ses observations, aux termes desquelles il a relevé que l'assuré n'était plus capable de travailler dans son activité professionnelle. Il a en outre relevé une aggravation des douleurs consécutives à la gonarthrose, la nécessité d'un prochain surfaçage de la rotule, puis d'une arthroscopie, et a recommandé une reconsidération de la situation.

Par avis du 12 décembre 2016, la Dresse W. _____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a considéré que les limitations fonctionnelles restaient inchangées tant au niveau des membres supérieurs que des membres inférieurs. En effet, elle a relevé que les douleurs d'arthrose étaient connues et avait été prises en considération dans le cadre du projet du 22 juin 2016. Ainsi, elle a estimé que les éléments transmis ultérieurement au projet du 22 juin 2016 ne permettaient pas de modifier la position de l'OAI.

Par décision du 21 décembre 2016, l'OAI a confirmé son projet du 22 juin 2016.

B. Par acte du 27 janvier 2017, V. _____, représenté par Me Flore Primault, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI rendue le 21 décembre 2016, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'un reclassement professionnel. Il fait grief à l'OAI de ne pas avoir pris en considération la problématique de santé qu'il rencontre au niveau des genoux. Il conteste ensuite l'expertise économique pour les indépendants réalisée par l'OAI, lui reprochant d'avoir écarté l'année 2014 pour calculer le revenu sans invalidité, dès lors qu'il a travaillé durant toute cette année sans interruption de sa

capacité de travail. Il déplore encore le taux d'abattement de 10 % retenu par l'intimé et conclut à un droit au reclassement.

Par réponse du 20 mars 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, expliquant que le taux d'abattement retenu (10 %) tenait compte de l'ensemble des circonstances et que le recourant était en incapacité de travail depuis le mois de septembre 2013.

Par réplique du 24 avril 2017, le recourant a soutenu que le taux d'abattement retenu par l'intimé ne tenait pas compte de l'ensemble des circonstances, notamment du nombre d'années d'exercice d'une activité professionnelle en tant que personne de condition indépendante. Il explique en outre que son incapacité de travail a débuté durant l'année 2015 et non durant l'année 2013 comme le prétend l'intimé. Ainsi, il considère que l'année 2014 est l'année de référence à prendre en considération dans le calcul du degré d'invalidité.

Par duplique du 16 mai 2017, l'intimé a derechef proposé le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse.

Par écriture du 7 juin 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions, en renvoyant à ses précédentes écritures.

Le 18 juillet 2017, le recourant a produit un rapport du 4 juillet 2017 du Dr M._____, aux termes duquel ce médecin a observé que les douleurs liées à la gonarthrose droite du recourant s'étaient accentuées.

Par écriture du 22 août 2017, l'intimé a réitéré ses conclusions consistant au rejet du recours, tout en expliquant avoir pris en considération les années 2009 à 2012 comme années de référence pour le calcul du degré d'invalidité, dans la mesure où, d'une part le recourant avait indiqué dans sa demande de prestations du 25 novembre 2015 être en incapacité de travail totale depuis le 11 septembre 2013, et d'autre

part les rapports des comptes de la société H._____ des années 2013 à 2014 étaient moins élevés que ceux des années 2009 à 2012.

Le 21 décembre 2017, le recourant a produit un protocole opératoire du 9 novembre 2017 du Dr M._____, émis à la suite d'une arthroplastie totale du genou droit par prothèse.

Les arguments des parties seront repris, dans la mesure utile, dans les considérants en droit ci-après.

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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée 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 s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

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 ; 110 V 48 consid. 4a).

b) Dans le cas d'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Singulièrement, il s'agit d'examiner si le recourant remplit les conditions d'octroi à un reclassement professionnel.

3. a) 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). Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente.

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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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

Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

4. **a)** L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi de mesures de réadaptation en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA pour autant, d'une part, que celles-ci soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité

de gain et, d'autre part, que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies.

b) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 ; TF 9C_262/2016 du 30 août 2016 consid. 5.1).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. L'appréciation de l'équivalence doit reposer sur une comparaison entre les possibilités de gain offertes par la profession initiale et celles que permet d'entrevoir la nouvelle profession ou une activité que la personne assurée doit raisonnablement pouvoir exercer sur un marché équilibré du travail (cf. art. 16 LPGA ; ATF 124 V 108 consid. 2a ; TF 9C_913/2010 du 20 juin 2011 consid. 3.3). Comme toute mesure de réadaptation, la mesure de reclassement doit être nécessaire, appropriée, simple et adéquate. Parmi les mesures nécessaires et appropriées figurent toutes celles qui sont nécessaires pour la réadaptation à la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissance. Il convient bien plutôt de se référer aux circonstances du cas concret, la capacité objective et subjective de la personne d'être

réadaptée pouvant dépendre de son état de santé, de sa capacité à fournir une prestation ou de suivre une formation, de sa motivation, etc. (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.5 ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-veilles et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève, Zurich, Bâle 2011, n° 1338, p. 369 et les références citées, notamment ATF 124 V 108 consid. 2a). En règle générale, l'assuré n'a ainsi droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 139 V 399 consid. 5.4 ; 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées). Une mesure de reclassement ne peut pas être considérée comme adéquate lorsqu'elle est selon toute vraisemblance vouée à l'échec eu égard aux capacités d'apprentissage limitées de l'assuré constatées par les experts (cf. TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1 ; MICHEL VALTERIO op. cit., n° 1701, p. 457). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées).

d) Enfin, aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel (TF

9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4). Si, en dépit des efforts consentis, l'aide au placement n'atteint pas son but dans un laps de temps adéquat (en principe 6 mois), en particulier parce que l'intéressé n'est subjectivement pas apte à la réadaptation, l'AI met fin à son engagement.

5. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 et les références citées ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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 précité et les références citées ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées ; I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.2).

6. Dans le cas d'espèce, il est patent que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de monteur en chauffage et ventilation. En effet, l'ensemble des médecins intervenus dans le dossier ont convergé vers le constat que dite activité n'était plus exigible. Le

recourant a au demeurant quitté la société en nom collectif le 29 février 2016.

Dans son rapport du 13 juin 2016, le Dr M._____ a attesté d'une capacité de travail théorique de 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} juillet 2016, précisant les limitations fonctionnelles, savoir l'abstention d'effort en porte-à-faux, de manipulation d'objets les bras en élévation, de soulèvement de charges de plus de 10 kg et de mouvements répétitifs surchargeant les deux épaules. L'OAI a fait siennes ces limitations fonctionnelles. Le médecin traitant n'a pas évoqué de limitations fonctionnelles supplémentaires dans son courrier du 5 octobre 2016 : il a seulement fait état de l'aggravation des douleurs consécutives à la gonarthrose et réservé une nouvelle intervention. Ainsi, en l'absence de mention de nouvelles limitations fonctionnelles, l'avis du SMR du 12 décembre 2016 n'est pas critiquable.

Le rapport du 4 juillet 2017 du Dr M._____ atteste certes d'une accentuation des douleurs liées à la gonarthrose droite, suivie le 9 novembre 2017 d'une arthroplastie totale du genou droit par prothèse.

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 ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b et les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4).

En l'espèce, à la date du 21 décembre 2016, l'atteinte au genou droite n'avait manifestement pas évolué au point de fonder une appréciation différente de la capacité de travail par le médecin traitant et

ses rapports ultérieurs ne font pas état d'éléments factuels susceptibles d'influencer rétroactivement l'appréciation de cette capacité de travail.

Cela étant, le grief du recourant quant à l'absence de prise en compte de son atteinte au genou par l'intimé tombe à faux.

7. a) Sur le plan économique, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus, notamment chez les assurés actifs. Pour cela, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas atteinte dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.2). Pour procéder à la comparaison des revenus prévue à l'art. 16 LPGA, le moment déterminant est l'année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ou de sa révision), soit dans le cas d'espèce 2016 (cf. consid. 3b *supra* ; ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références citées).

Le revenu sans invalidité de la personne assurée doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et la référence citée ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence citée).

Si l'assuré exerçait une activité lucrative indépendante avant la survenance de son handicap, il convient de prendre en compte le développement probable que son entreprise aurait eu s'il n'avait pas dû y mettre un terme en raison de son invalidité, au regard des aptitudes professionnelles et personnelles de l'intéressé (JEAN-LOUIS DUC, L'assurance invalidité in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e édition, ch. 218 et note 269 ; RCC 1985 p. 662 ss consid. 3a ; 1981 p. 41 consid. 2 ; 1963 p. 427).

Or, chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (TF 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 4.3 et les références citées).

Ainsi, pour les indépendants, l'extrait du compte individuel est en principe déterminant pour calculer le revenu. En effet, on peut admettre que la caisse de compensation a procédé conformément aux prescriptions applicables à la détermination du revenu soumis à cotisation et à son inscription dans le compte individuel (TF 8C_530/2013 du 24 janvier 2014 consid. 5.2.1). En règle générale, les inscriptions au compte individuel doivent toutefois avoir la primauté sur les déclarations fiscales qui peuvent être influencées par des considérations autres que celles qui relèvent des assurances sociales (MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 2097 p. 559).

b) En l'occurrence, l'OAI s'est fondé à juste titre sur la méthode générale de comparaison des revenus pour fixer le degré d'invalidité. Il a retenu un revenu annuel sans invalidité de 48'903 fr. en se basant sur l'enquête économique pour indépendant à laquelle il a procédé. Pour calculer le revenu annuel avec invalidité, il s'est fondé sur l'ESS [enquête suisse sur la structure des salaires] et a en conséquence retenu un montant de 60'018 fr. 91, après avoir pris en considération un taux d'abattement de 10 % tenant compte des limitations fonctionnelles, de l'âge et des années de service du recourant.

c) Concrètement, pour déterminer le revenu annuel sans invalidité, l'intimé s'est référé aux informations ressortant des bilans d'exploitation des exercices 2009 à 2012 de la société H._____, afin d'obtenir le bénéfice moyen, en s'abstenant d'intégrer les résultats des exercices des années 2013 et 2014. Le recourant, quant à lui, critique la détermination du revenu sans invalidité et soutient que celui-ci doit être arrêté à 67'900 fr., correspondant au bénéfice réalisé durant l'année 2014, soit l'année précédant son invalidité.

Il sera observé en premier lieu qu'il existe quelques divergences entre les montants inscrits au compte individuel AVS du recourant et la part de bénéfice qui lui est dévolue selon les bilans d'exploitation. Ainsi, l'extrait du compte individuel AVS dans son état au 17 mai 2017, respectivement les bilans d'exploitation, mentionnent pour les exercices :

- 2009 : 41'600 fr. et 40'470 fr. 25 ;
- 2010 : 67'900 fr. et 64'388 fr. 45 ;
- 2011 : 59'600 fr. et 53'135 fr. 95 ;
- 2012 : 26'600 fr. et 23'682 fr. 05 ;
- 2013 : 23'100 fr. et 19'514 fr. 95 ;
- 2014 : 44'100 fr. et 37'768 fr. 40.

Le revenu annoncé à l'AVS est systématiquement supérieur à celui issu du bilan d'exploitation. Au vu de son faible pourcentage, cette différence s'explique vraisemblablement par les corrections et autres

ventilations ou imputations comptables résultant couramment du contrôle des comptes après boucllement.

Conformément à la jurisprudence précitée, il aurait incombé à l'office intimé, pour déterminer le revenu annuel sans invalidité, de prendre en considération les montants inscrits dans l'extrait de compte individuel AVS du recourant et non de se référer aux comptes de la société. Ceci se justifiait d'autant plus que le recourant n'a pas fait valoir qu'il n'aurait pas perçu les bénéfices, intérêts et honoraires afférents à chaque exercice écoulé (art. 559 al. 1 CO). Néanmoins, le choix de l'OAI de se fonder sur les résultats d'exploitation demeure sans influence sur le sort du litige (cf. infra).

aa) En l'occurrence, il convient de déterminer si la sélection des années 2009 à 2012 pour calculer le revenu annuel moyen sans invalidité est ou non pertinente.

Préliminairement, il sera observé que l'argument du recourant selon lequel il devrait être retenu, au titre de revenu sans invalidité, exclusivement le montant de 67'900 fr. correspondant à l'exercice 2014, n'est pas convaincant. En effet, d'une part, ce montant, issu de l'extrait de compte individuel AVS du recourant, doit être corrigé, dans la mesure où dit extrait mentionne une déduction, pour le même exercice, de 23'800 fr., de telle sorte que le revenu AVS final déterminant pour 2014 s'élève à 44'100 fr. (cf. extrait du compte individuel AVS du 17 mai 2017). D'autre part, il résulte des entretiens du recourant avec les représentants de l'assurance perte de gain et avec les organes de l'OAI que son associé et lui travaillaient seuls et se répartissaient le bénéfice d'exploitation de la société en nom collectif à hauteur de 50 % chacun. Entre 2003 et 2006, ils ont œuvré tant dans le secteur du jardinage que dans celui du montage d'installations de climatisation et de ventilation. En 2006, ils ont abandonné l'activité de jardinage, peu lucrative, pour se consacrer au montage d'installations de climatisation et de ventilation, travaillant en sous-traitance pour le compte d'une seule entreprise. De l'extrait du compte individuel AVS du recourant, il ressort que son revenu annuel pour

les années antérieures à 2009 s'élevaient à 50'000 fr. en 2003, 66'600 fr. en 2004, 13'200 fr. en 2005, 14'700 fr. en 2006, 38'800 fr. en 2007 et enfin, 13'700 fr. en 2008. Ces chiffres reflètent effectivement un déclin de l'entreprise entre 2005 et 2006. Entre 2009 et 2012, le revenu annuel du recourant a varié de 26'600 fr. à 67'900 francs. Pour ces années-là, le recourant ne fait pas état de circonstances extraordinaires qui auraient été susceptibles d'influencer les résultats d'exploitation, ni d'une inexactitude de la comptabilité. La société n'était par ailleurs plus en phase de lancement, laquelle suppose de fortes fluctuations dans les résultats annuels, et l'abandon du secteur jardinage datait déjà de quelques années. Cela étant, les variations de revenu entre 2009 et 2012 relèvent probablement de motifs conjoncturels. Enfin, c'est à juste titre que l'OAI n'a pas retenu les revenus de 2013 et 2014, compte tenu des incapacités de travail passagères présentées par le recourant pendant ces deux exercices, lesquelles sont au demeurant à l'origine d'une modification de la clé de répartition du bénéfice d'exploitation entre les deux associés soit, pour le recourant, de 40 % en 2013 et de 47 % en 2014. En conséquence, en optant pour un calcul du revenu sans invalidité fondé sur les exercices annuels 2009 à 2012, l'OAI a tenu compte d'un nombre suffisant d'années pour déterminer un revenu moyen et réaliste, dans la mesure où les résultats de ces années-là ne sont pas influencés par des circonstances extraordinaires.

En se fondant sur la part des résultats d'exploitation de 2009 à 2012 dévolue au recourant, majorée des cotisations AVS à hauteur de 7,671 %, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité brut moyen de 48'903 francs. La moyenne des revenus inscrits au compte individuel AVS du recourant pour la même période s'élève à 48'925 fr., ce qui démontre que l'option de l'OAI de se baser sur la comptabilité de la société en nom collectif plutôt que sur le revenu soumis à cotisation AVS demeure sans aucune incidence en l'espèce.

bb) Même dans l'hypothèse où les revenus des années 2013 et 2014 avaient été pris en compte dans la détermination du revenu sans invalidité, la moyenne des revenus 2009 à 2014 s'avérerait inférieure au

revenu sans invalidité retenu par l'OAI dans la décision litigieuse. En effet, en partant du principe que l'associé du recourant a normalement travaillé pendant ces deux exercices, le montant de sa part de bénéfice correspondrait théoriquement à ce qu'aurait été celle du recourant s'il n'avait pas été partiellement limité dans sa capacité de travail en 2013 et 2014. Ainsi, la part de bénéfice d'exploitation du recourant aurait atteint 29'272 fr. en 2013 et 42'590 fr. en 2014 en lieu et place de 19'514 fr. 95 et 37'768 fr. 40. Cela étant, l'addition des parts de bénéfice d'exploitation du recourant, réelles pour 2009 à 2012 et théoriques (sans incapacité de travail) pour 2013 à 2014, totalise un montant de 253'538 fr., cotisations AVS par 7.671 % en sus, soit un revenu annuel moyen de 45'497 fr. 80.

cc) Le revenu annuel assuré en matière de perte de gain a également été évoqué dans le cadre de la procédure administrative en relation avec la détermination du revenu sans invalidité. Le recourant a notamment observé que le revenu assuré en perte de gain était sous-évalué. Cet argument tombe à faux dans la mesure où la moyenne des revenus annuels du recourant s'avère inférieure au revenu assuré, en l'espèce de 48'000 francs.

dd) En définitive, c'est un montant de 48'925 fr., correspondant à la moyenne des revenus soumis à cotisations AVS entre 2009 et 2012, qui doit être retenu au titre de revenu sans invalidité. Après adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2013 à 2016 (+ 0,7 % en 2013, + 0,8 % en 2014, + 0,4 % en 2015, + 0,7 % en 2016 ; cf. Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS), la Vie économique, tableau B 10.2), le revenu sans invalidité déterminant s'élève à 50'209 fr. 30.

d) S'agissant du revenu d'invalidité, l'OAI s'est à juste titre fondé sur l'Enquête sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS). En effet, en l'absence d'activité effectivement exercée par le recourant dans une activité adaptée raisonnablement exigible, la jurisprudence admet de s'y référer (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). Le Tribunal fédéral a précisé à cet égard que sont déterminantes les statistiques du

tableau TA1, secteur privé, salaires bruts standardisés (ATF 124 V 231 consid. 3b/aa ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Selon la jurisprudence, le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 *in fine*, 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Vu l'évaluation de l'invalidité de l'assuré à dater de l'année 2016, il y a lieu de se référer à l'ESS de l'année 2014 en l'occurrence (cf. ATF 128 V 174 consid. 4a), et non à l'ESS de 2012, comme l'a fait l'intimé. Selon l'ESS 2014, le salaire médian des hommes occupés à des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé est de 5'312 fr. (ESS 2014, TA1, niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2016 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, tableau B 9.2), le revenu mensuel après adaptation des salaires nominaux de 2015 à 2016 s'élève à 5'598 fr. 85. Ainsi, le revenu annuel avec invalidité s'élève à 67'186 francs.

L'intimé a retenu un taux d'abattement de 10 % en tenant compte exclusivement des limitations fonctionnelles affectant le recourant. Le recourant soutient que sa situation justifie une réduction de 25 %. En l'occurrence, le recourant était âgé de 54 ans déjà à la date de la décision litigieuse. Même s'il ne s'agit pas encore de l'âge à partir duquel l'employabilité devient extrêmement faible, il doit en être tenu compte, d'autant que le recourant exerce en qualité d'indépendant depuis 1985. Ces circonstances, ajoutées aux limitations fonctionnelles inhérentes aux atteintes de l'épaule et du genou, justifieraient un abattement de 15 %. Enfin, le recourant ne peut tirer aucun argument de l'arrêt du Tribunal

fédéral I_881/06 du 9 octobre 2007 cité à l'appui de son recours. Dans cet arrêt, la Haute Cour avait retenu un taux d'abattement de 15 % tenant compte des limitations fonctionnelles de la personne assurée, de son âge et de ses années de service en tant que personne de condition indépendante. Dans le cas particulier, le recourant n'amène pas d'autres facteurs supplémentaires justifiant une augmentation du taux d'abattement.

Par conséquent, en appliquant un taux d'abattement de 15 % sur le salaire statistique, le revenu annuel d'invalidité déterminant pour l'année 2016 s'élève à 57'108 fr. 10 ($67'186 \times 85 : 100$).

e) La comparaison des revenus sans et avec invalidité (50'209 fr. 30 / 57'108 fr. 10) aboutit au constat qu'il n'existe pas d'invalidité octroyant le droit à des mesures de réadaptation de l'OAI, le degré d'invalidité étant inférieur à 20 %, en l'occurrence nul.

d) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans doit constater, à l'instar de l'office intimé, que le recourant ne présente pas d'invalidité ouvrant le droit à des prestations de l'AI, qu'il s'agisse d'une rente d'invalidité ou de mesures de réadaptation.

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge du recourant, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui succombe (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD), ni à l'intimé qui n'y a pas droit comme assureur social (cf. ATF 128 V 323).

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

- I.** Le recours déposé le 27 janvier 2017 par V._____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 21 décembre 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 de V._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Flore Primault (pour V. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :