

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 avril 2019

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Röthenbacher, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Guardia

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Luís Santos Gonçalves,  
avocat à Gland,

et

**U.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 29 al. 2 Cst ; art. 8 al. 1, 16, 44 et 49 al. 3 LPGA ; art. 4 al. 1, 8  
al. 1, 17 al. 1, 18 al. 1, 28 al. 1 et 59 al. 2bis LAI ; art. 49 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité portugaise et titulaire d'un permis C, a travaillé comme jardinier-paysagiste jusqu'au 20 avril 2016, auprès de l'entreprise [...] (ci-après : l'employeur).

Le 5 août 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'U.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant des problèmes de dos.

Le 27 septembre 2016, F.\_\_\_\_\_ (ci-après : F.\_\_\_\_\_), assureur maladie perte de gain de l'employeur, a transmis à l'OAI copie de son dossier médical. Y figuraient notamment quatre rapports médicaux :

- un rapport du 6 juin 2016 de la Dresse X.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, aux termes duquel celle-ci a retenu les diagnostics incapacitants de cervico-dorsalgies musculo-tensives sur troubles de la statique et dégénératifs, de lombalgie chronique sur troubles dégénératifs et de probable radiculalgie L4 gauche d'origine discale. Un diabète de type 2 non insulino-requérant et non compliqué ainsi qu'une gonarthrose et une coxarthrose bilatérales étaient en revanche sans influence sur la capacité de travail. Elle a indiqué que l'assuré avait subi un épisode aigu de dorso-lombalgie non-déficitaire le 8 mars 2016 avec une évolution légèrement favorable, qu'il avait repris le travail mais que les douleurs s'étaient aggravées le 20 avril 2016 à la suite de la manipulation d'une machine lourde. Le médecin a mentionné comme limitation objective de l'activité actuelle des douleurs lombaires qui rentraient dans le contexte de spondylarthrose sur la base du status et relevé que la présence d'une irritation de la racine L4 gauche était probable. Elle a précisé que le type de travail, lourd physiquement, de l'assuré pouvait rendre plus difficile le processus de guérison. Le médecin a conclu à une incapacité de travail totale dès le 20 avril

2016 et jusqu'au 19 juin 2016, une prochaine évaluation devant intervenir entre-temps. Elle a encore préconisé qu'il soit procédé à la réévaluation du poste de travail de l'assuré, de ses troubles chroniques et du diagnostic.

- un rapport du 6 octobre 2015 du Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, ancien médecin traitant de l'assuré, posant comme diagnostics avec impact sur la capacité de travail des dorsalgies droites puis gauches et des lombalgies chez un patient connu pour des rachialgies récurrentes.
  
- un rapport du 4 mai 2016 de la Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, rendant compte d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée le même jour et concluant : « très discrète discopathie L3-L4 plus prédominante en L5-S1, où nous constatons une protrusion médiane bilatérale mais sans conflit radiculaire. En L4-L5, contact récessal avec les racines L5 des deux côtés et le disque et au niveau extra-foraminal avec les racines L4 des deux côtés. En L5-S1, contact extra-foraminal entre le débord discal et les racines L5. Discrète arthrose inflammatoire étagée et arthrose inter-épineuse de L2 à S1 ».
  
- un rapport du 3 décembre 2015 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, faisant suite à une radiologie de la colonne cervico-dorsolombaire de face et profil du 2 décembre 2015, posant comme diagnostic : « Troubles statiques particulièrement marqués dans le plan sagittal, intéressant plus particulièrement les segments dorsal et lombaire. Troubles dégénératifs étagés, plus particulièrement marqués sur le segment dorsal à hauteur de la cyphose, ainsi qu'en C6-C7 et de L2 à L4 ».

Par communication du 28 septembre 2016, l'OAI a informé l'assuré que des mesures d'intervention précoce n'étaient pas indiquées, que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas

possibles à ce moment – sa situation de santé n'étant pas stabilisée – et que son droit à une éventuelle rente serait examiné.

Dans le questionnaire pour l'employeur complété le 4 novembre 2016, [...], titulaire de la raison individuelle [...], a mentionné que le dernier jour de travail effectif de l'assuré était le 19 mars 2016 et que son salaire horaire de base s'élevait à 25 fr., à quoi s'ajoutaient 2 fr. 65 d'indemnités de vacances, soit un salaire horaire brut de 27 fr. 65. Il a précisé que l'horaire de travail normal dans son entreprise était de 35 heures par semaine et que l'assuré travaillait à ce taux.

Par rapport du 7 décembre 2016, la Dresse X. \_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics posés dans son rapport du 6 juin 2016. Elle a relevé que, depuis cette date, l'état de l'assuré s'était légèrement amélioré au niveau des douleurs mais qu'il ne pouvait pas reprendre le travail. Elle a indiqué que l'assuré présentait, dans sa dernière activité, une incapacité de travail de 100 % depuis le 20 avril 2016, pour une durée indéterminée. La Dresse X. \_\_\_\_\_ a précisé que l'assuré souffrait de douleurs cervico-dorso-lombaires avec impossibilité de port de charges, de marche, de monter ou descendre des escaliers ou de conduire un véhicule agricole. Elle a considéré que, du point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible, que le rendement était réduit en raison des douleurs ressenties lors du travail et qu'une activité adaptée au handicap n'était pas possible dans la profession manuelle de l'assuré. Aux termes de l'annexe au rapport, remplie le 8 décembre 2016, le médecin a proscrit les activités suivantes : activités uniquement en position assise (avec la précision que de telles activités pouvaient être exigibles à concurrence de 15 minutes par heure), activités uniquement en position debout, activités dans différentes positions, activités exercées principalement en marchant, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, rotation en position assise ou en position debout, soulever ou porter, monter sur une échelle ou un échafaudage, monter des escaliers. Elle a estimé que la capacité de compréhension, d'adaptation et de résistance de l'assuré étaient limitées et n'a pas été en mesure d'évaluer sa capacité de concentration.

Le 24 février 2017, F.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI copie de nouvelles pièces de son dossier médical. Y figuraient notamment :

- un rapport du 16 novembre 2016 de la Dresse X.\_\_\_\_\_ aux termes duquel elle a précisé que le pronostic quant à l'évolution de la situation de l'assuré était défavorable et qu'il n'existait pas de possibilité de reprise du travail physique de jardinier. Comme limitations objectives de l'activité actuelle, elle a relevé des amplitudes douloureuses, des douleurs à la digitopression et une raideur provoquant des douleurs. Elle a indiqué - au titre de limitations physiques, mentales ou psychiques et de leur effet sur l'activité actuelle - que l'assuré présentait des limitations physiques dues à des douleurs chroniques et une limitation dans sa capacité de compréhension et d'apprentissage en raison d'une mauvaise maîtrise du français et d'un niveau scolaire bas. Elle a retenu qu'une reconversion professionnelle était peu probable. Elle a indiqué que, du point de vue médical, ni l'activité actuelle ni une activité adaptée n'étaient exigibles.
  
- Un rapport du 19 décembre 2016 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, retenant les diagnostics incapacitants de cervico-dorsalgies musculo-tensives sur troubles de la statique et troubles dégénératifs et de lombalgie chronique sur troubles dégénératifs. Il a retenu comme limitation objective de l'activité actuelle le port de charges lourdes et les positions statiques prolongées. Au titre de limitations physiques, mentales ou psychiques subsistant et de leur effet sur l'activité actuelle, il a relevé que l'assuré souffrait de douleurs rachidiennes en cas d'effort et de positions statiques prolongées. Il a précisé ne pas être en mesure d'indiquer quelle était la tolérance exigible aux efforts, la présence exigible dans l'entreprise ni de fixer une éventuelle incapacité de travail. Il a estimé que l'activité actuelle était encore « théoriquement » exigible, que l'activité actuelle dans un autre environnement n'était pas exigible et qu'une activité adaptée était exigible. Il a encore

précisé que les adaptations nécessaires à ce que l'assuré retrouve une capacité de travail étaient à corrélérer avec les limitations fonctionnelles constatées.

Le 16 mai 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI pour la prise en charge d'un appareil acoustique (moyens auxiliaires).

Par rapport du 1<sup>er</sup> juin 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a posé le diagnostic de surdité de perception prédominant à gauche, la perte auditive globale étant supérieure à 20 %. Aux termes du courrier accompagnant ce rapport, le spécialiste a préconisé le port d'un appareillage binaural.

Le 29 juin 2017, F.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI copie de nouvelles pièces de son dossier médical. Y figurait un rapport du 20 juin 2017 de la Dresse X.\_\_\_\_\_, aux termes duquel elle a relevé comme limitations objectives de l'activité actuelle : des douleurs à la digitopression, une raideur provoquant des douleurs, pas d'endurance musculo-squelettique dans les positions de façon prolongée ou debout ou à la marche. Quant à l'évolution de l'assuré, elle a précisé que ce dernier souffrait de douleurs persistantes avec limitation des mouvements. Elle a maintenu son pronostic défavorable quant à l'exercice de la profession de l'assuré, au vu de la maladie dégénérative et limitante physiquement. Elle a au surplus confirmé le contenu de ses précédents rapports.

Par communication du 11 juillet 2017, l'OAI a informé l'assuré du remboursement d'un forfait de 1'650 fr., pour un appareillage acoustique binaural.

Par rapport du 25 juillet 2017, le Dr B.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics incapacitants posés dans son rapport du 19 décembre 2016 et retenu en outre une probable radiculalgie L4 gauche d'origine discale. Il a expliqué qu'il ne connaissait pas l'évolution de l'état de santé de l'assuré qu'il n'avait pas revu depuis le 19 juillet 2016. Pour cette raison, il ne s'est

pas estimé en mesure de se déterminer sur les limitations fonctionnelles à prendre en compte, la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée ou sur une éventuelle amélioration de la capacité de travail. Ce spécialiste a joint à son rapport trois envois qu'il avait adressés à la Dresse X.\_\_\_\_\_ les 23 mai, 20 juin et 19 juillet 2016 ainsi que deux rapports non datés du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie.

Le 31 juillet 2017, l'OAI a adressé son dossier au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR).

Par rapport du 21 novembre 2017, les Dresses K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, du SMR, ont examiné l'ensemble des rapports médicaux susmentionnés. Elles ont considéré que les renseignements médicaux en découlant étaient suffisants pour admettre une atteinte à la santé durable et incapacitante. Elles ont ainsi retenu comme atteinte principale à la santé une « cervico-dorso-lombalgie chronique sur troubles statiques et dégénératifs du rachis » et comme facteurs ou diagnostics associés non du ressort de l'AI une surdité appareillée, une gonarthrose et une coxarthrose. Elles ont considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail durable à 100 % dès le 20 avril 2016 dans l'activité habituelle. Prenant en compte, comme limitations fonctionnelles : l'abstention de port de charge lourde, de marche prolongée, de montée ou descente des escaliers à répétition et de position statique prolongée, elles ont estimé que, dans une activité adaptée, la capacité de travail s'élevait à 100 %.

Le 24 novembre 2017, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a adressé à la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants un rapport médical détaillé (formulaire E 213 CH) reprenant les conclusions de ses précédents comptes rendus. Sous l'énoncé « 4.2.2 : acuité auditive », elle a indiqué : « appareillée ». Au titre de restrictions à prendre en compte, elle a mentionné l'exposition au froid, le travail posté, la flexion, le levage et le port de charges fréquents et la montée d'escaliers, d'échelles et de plans inclinés. Elle a précisé que l'assuré ne pouvait pas travailler sur un écran en raison de la position assise prolongée qu'impliquait une telle activité et du fait qu'il ne disposait pas

de la formation nécessaire. Elle a ajouté que l'assuré était autonome sur son lieu de travail mais pas dans son travail à domicile, dans la mesure où il ne pouvait pas porter plus de cinq kilos. Elle a confirmé que l'assuré était incapable de travailler en qualité d'ouvrier agricole et qu'un travail adapté n'était pas possible. La Dresse X. \_\_\_\_\_ a estimé que l'invalidité, pour l'activité exercée en dernier lieu, était totale et a retenu un taux d'invalidité pour toute autre activité de 100 %. Elle a précisé que les restrictions énumérées étaient permanentes depuis le mois de mars 2016 et qu'aucune amélioration de l'état de santé ou réadaptation médicale ou professionnelle n'était envisageable. La Dresse X. \_\_\_\_\_ a joint à son rapports deux des envois du Dr B. \_\_\_\_\_ des 20 juin et 19 juillet 2016 précités, le rapport de la Dresse M. \_\_\_\_\_ du 4 mai 2016 et le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 3 décembre 2015 précités.

Par décision du 4 juin 2018, confirmant un projet du 16 avril 2018, l'OAI s'est prononcé dans le sens d'un refus de prestations. Il a considéré que, depuis le 20 avril 2016, l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge lourde, pas de marche prolongée, pas de montées/descentes des escaliers à répétition, pas de position statique prolongée). Il a estimé que la capacité de travail résiduelle pouvait être mise en valeur dans des activités simples et répétitives dans le domaine industriel léger par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, opérateur de production, ouvrier dans le conditionnement ou dans l'usinage sur machines pré réglées. Le revenu annuel d'invalidé, sur lequel un abattement de 10 % avait été appliqué, était arrêté à 60'890 fr. 64. L'OAI retenait par ailleurs un revenu sans invalidité de 60'262 fr. 95, et un degré d'invalidité, compte tenu de ces chiffres, de 0 %.

**B.** Par acte du 9 juillet 2018, V. \_\_\_\_\_, sous la plume de son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. Le recourant a reproché à l'OAI d'avoir violé son

droit d'être entendu en ne motivant pas suffisamment sa décision. Il a fait valoir que les rapports médicaux produits au dossier étaient insuffisants pour déterminer sa capacité de travail. A cet égard, il a demandé à être soumis à une expertise médicale. Le recourant a également contesté le fait que ses problèmes auditifs n'aient pas été pris en considération comme limitation fonctionnelle. Il a invoqué l'absence de possibilité réaliste de mise en valeur de sa capacité de travail, au vu de son âge avancé, de ses limitations fonctionnelles et de la gêne professionnelle et sociale induite par sa surdité ainsi que sa mauvaise maîtrise du français. Il a critiqué le fait que, le 28 septembre 2016, l'OAI avait refusé de prononcer des mesures de réadaptation en sa faveur. Enfin, il a sollicité l'octroi de mesures de reclassement et d'une aide au placement.

Par réponse du 20 septembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 14 novembre 2018, le recourant a persisté dans ses précédents motifs et conclusions.

Par duplique du 5 décembre 2018, l'intimé a confirmé ses conclusions.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**2.** Le litige porte en l'occurrence sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le droit à une rente et à des mesures de réadaptation.

**3. a)** Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant soutient que l'office intimé a violé son droit d'être entendu en rendant une décision insuffisamment motivée ne lui permettant pas de comprendre sur quelles constatations médicales il avait décidé de rejeter sa demande de prestations.

**b)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (VSI 2001 p. 114). Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités ; 126 I 97 consid. 2b ; 112 Ia 107 consid. 2b). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. En règle générale, l'étendue de

l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2). On ne saurait ainsi exiger des autorités administratives qui doivent se montrer expéditives et qui sont appelées à rendre de nombreuses décisions, qu'elles les motivent de façon aussi développée qu'une autorité de recours (ATF 119 IV 5 consid. 2 ; 96 I 606 consid. 2). La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

La violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

**c)** En l'espèce, la décision du 4 juin 2018 indique qu'« il ressort de l'ensemble des renseignements médicaux [...] que, depuis le 20 avril 2016, [l'assuré] a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée ». Si l'OAI n'a pas précisé quels étaient les « renseignements médicaux » fondant sa décision, on observe que celle-ci fait suite à l'avis du SMR du 21 novembre 2017 puisqu'elle reprend

textuellement les limitations fonctionnelles et les conclusions retenues par les Dresses K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_. L'appréciation du SMR contient une énumération des avis médicaux au dossier et des éléments en découlant qui ont été pris en considération. Son contenu permet de comprendre quels aspects des différents rapports ont été retenus et sur quelles considérations les médecins du SMR ont fondé leur appréciation.

Il ressort des pièces produites que le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a reçu communication de l'entier du dossier. Il a ainsi eu accès à l'ensemble des renseignements médicaux, y compris à l'avis SMR du 21 novembre 2017. Il était également en mesure de constater que, par sa décision du 4 juin 2018, l'OAI avait fait siennes les conclusions du SMR et d'appréhender les motifs sur lesquels il s'était fondé. Il découle de ce qui précède que la teneur de la décision litigieuse était suffisante pour permettre au recourant de comprendre sur quels éléments elle reposait. Au demeurant, les différents griefs développés par l'assuré à l'appui de son recours suffisent à démontrer que ce dernier avait bien compris les considérations ayant fondé la décision litigieuse.

Le droit d'être entendu du recourant n'a ainsi pas été violé.

S'agissant du grief en lien avec le défaut d'instruction, dans la mesure où il porte au final sur le résultat de l'appréciation des preuves, le moyen tiré d'une violation du droit d'être entendu se confond ici avec celui d'une constatation inexacte des faits pertinents que le recourant soulève également. Cet argument sera donc examiné avec le fond du litige.

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** 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<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur

probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

**6.** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

**7.** En l'espèce, il est constant que le recourant présente une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle de jardinier paysagiste. Se fondant sur l'avis médical des Dresses K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ du SMR, l'intimé a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée moyennant le respect des limitations fonctionnelles. Pour sa part, le recourant critique l'appréciation de sa capacité de travail. Il soutient que les rapports médicaux produits seraient insuffisants pour déterminer celle-ci. Il reproche à l'intimé de n'avoir pas pris en considération ses problèmes auditifs.

**a)** Aux termes de son rapport du 1<sup>er</sup> juin 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de surdité de perception prédominant à gauche. Sur la base de ce rapport, l'OAI a décidé, le 11 juillet 2017, de la prise en charge d'un appareillage acoustique binaural.

Contrairement à ce que semble affirmer le recourant, le SMR a pris en compte cette atteinte à la santé puisqu'il l'a retenue comme

diagnostic non du ressort de l'AI. Il a ainsi mentionné le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ pour conclure que le recourant avait été appareillé et que cette problématique ne constituait plus une entrave à sa capacité de travail. C'est le lieu de relever qu'aucun des rapports médicaux au dossier ne mentionne la surdité comme diagnostic ayant un impact sur la capacité de travail ou comme limitation fonctionnelle. Dans son rapport médical détaillé du 24 novembre 2017, la Dresse X. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs indiqué que l'acuité auditive du recourant était appareillée, ce qui signifie bien que cette atteinte à la santé ne constituait plus une entrave pour ce dernier.

L'appréciation du SMR et de l'OAI quant aux problèmes auditifs du recourant ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

**b)** Il ressort des pièces au dossier que les médecins sollicités ont posé, comme diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, ceux de cervico-dorsalgies musculo-tensives sur troubles de la statique et dégénératifs, de lombalgie chronique sur troubles dégénératifs et de probable radiculalgie L4 gauche d'origine discale (cf. rapports des 6 juin, 11 novembre, 7 décembre 2016 et 20 juin 2017 de la Dresse X. \_\_\_\_\_ et des 16 décembre 2016 et 25 juillet 2017 du Dr B. \_\_\_\_\_). Au titre de diagnostics sans impact sur la capacité de travail, la Dresse X. \_\_\_\_\_ a retenu un diabète de type 2, une gonarthrose et une coxarthrose bilatérales (cf. rapports des 6 juin, 11 novembre, 7 décembre 2016 et 20 juin 2017 de la Dresse X. \_\_\_\_\_).

**c)** Les limitations fonctionnelles retenues par le SMR se recoupent également très largement avec celles mentionnées par les médecins traitants (port de charges lourdes et les positions statiques prolongées (cf. rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 19 décembre 2016) ou activité uniquement en position assise, activités uniquement en position debout, activités dans différentes positions, activités exercées principalement en marchant, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, rotation en position assise ou en position debout, soulever ou porter, monter sur une échelle ou un échafaudage, monter des escaliers (cf. rapports de la Dresse X. \_\_\_\_\_ des 7 décembre 2016 et

24 novembre 2017). Dans son rapport du 25 juillet 2017, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué que, comme il n'avait pas vu le recourant depuis le 19 juillet 2016, il n'était pas en mesure d'indiquer les limitations fonctionnelles à prendre en compte, la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée ou de se déterminer sur une éventuelle amélioration de la capacité de travail. Contrairement à ce que soutient le recourant, cette remarque est sans incidence. En effet, les limitations fonctionnelles sont inhérentes aux atteintes à la santé ayant un effet sur la capacité de travail (cf. consid. 4a *supra*). Or, celles-ci ne sont pas litigieuses et figurent sur le rapport du 25 juillet 2017 du Dr B.\_\_\_\_\_, de telle sorte que ce médecin aurait vraisemblablement retenu des limitations fonctionnelles similaires s'il avait été expressément interpellé sur ce point. En outre, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a rendu de nombreux rapports avant et après le dernier examen du Dr B.\_\_\_\_\_ et a toujours retenu les mêmes limitations fonctionnelles. Elle n'a, de plus, pas fait état de consultations auprès d'un spécialiste, ni produit de documents récents d'imagerie permettant de supposer une modification des atteintes au rachis constatées. Le recourant n'affirme au demeurant pas que, s'il avait consulté récemment le Dr B.\_\_\_\_\_, les constatations de ce spécialiste auraient été différentes de celles découlant de son rapport du 19 décembre 2016 puisqu'il se contente simplement de relever que le compte-rendu du 25 juillet 2017 serait incomplet.

**d)** Aux termes de son rapport du 19 décembre 2016, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu qu'une activité adaptée, en corrélation avec les limitations fonctionnelles, était exigible. Se fondant sur les mêmes diagnostics que son collègue, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans ses rapports des 16 novembre 2016 et 29 juin 2017, qu'une reconversion était peu probable et que, du point de vue médical, une activité adaptée n'était pas exigible.

Il convient en premier lieu de souligner qu'en raison du lien de confiance entre le patient et son médecin propre à générer une empathie (ATF 125 V 351), l'évaluation par la Dresse X.\_\_\_\_\_ de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée doit être appréciée avec une

certaine réserve. Celle-ci a de surcroît basé son opinion non seulement sur les diagnostics et sur les limitations fonctionnelles mais également sur le constat que l'assuré présenterait une limitation dans sa capacité de compréhension, une mauvaise maîtrise du français et un niveau scolaire bas (cf. rapports des 16 novembre 2016 et 29 juin 2017 de la Dresse X.\_\_\_\_\_). Le recourant se fonde également sur ces considérations pour faire valoir que sa capacité de travail dans une activité adaptée serait moindre que celle retenue par l'OAI. Or, ces éléments ne sont pas de nature à influencer la capacité du recourant à travailler ; ils sont en effet extérieurs à l'appréciation médicale de la capacité de travail puisque ne relevant pas d'une atteinte à la santé (cf. ATF 132 V 93 consid. 4 et les réf. citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). La Dresse X.\_\_\_\_\_ a ainsi quantifié l'incapacité de travail de son patient dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles en tenant compte de critères ne relevant pas exclusivement de l'assurance invalidité. Son appréciation ne saurait dès lors être suivie.

Au demeurant, aucun autre élément au dossier ne permet de justifier une diminution de la capacité de travail dans l'activité adaptée. Par ailleurs, l'appréciation du SMR tient compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles retenues par les médecins de telle sorte qu'elle n'est pas critiquable.

**e)** Enfin, comme cela a été soulevé ci-dessus (cf. consid. 5b *supra*), les rapports du SMR ne visent qu'à synthétiser les renseignements au dossier. Le reproche du recourant aux termes duquel ce service ne l'a pas examiné tombe ainsi à faux.

**f)** En définitive, force est de constater que le recourant ne mentionne aucune atteinte à sa santé qui n'aurait pas été examinée par le SMR dans son avis médical du 21 novembre 2017. Les rapports médicaux au dossier étaient en outre suffisamment étayés pour permettre au SMR d'apprécier la situation médicale du recourant. Enfin, c'est à bon droit que ce service s'est éloigné des constatations de la Dresse X.\_\_\_\_\_ dans l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Le

recourant est ainsi bien en mesure d'assumer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**g)** Sur le plan médical, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011).

**8.** Le recourant soutient que son âge, ses limitations fonctionnelles et les conditions du marché du travail rendent illusoire l'exercice d'une activité adaptée.

**a)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *in* VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes.

Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TFA I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références citées).

**b)** En l'espèce, le recourant est en mesure d'exercer une activité professionnelle respectant ses limitations fonctionnelles, soit une activité n'exigeant ni de port de charge lourde, ni de marche prolongée, ni de montée ou de descente d'escaliers à répétition, ni de position statique

prolongée. Ces limitations ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. L'office intimé a notamment mis en évidence - sans que cela ne soit remis en cause - que le recourant serait en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail dans le domaine industriel léger.

**9.** Il convient d'examiner le droit à la rente du recourant.

**a)** 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.

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives ; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a et les références ; TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

**b) aa)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé

avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**bb)** A l'époque où l'incapacité de travail est survenue, le recourant travaillait en qualité de jardinier paysagiste pour le compte de l'entreprise individuelle [...]. Il convient donc de fixer le revenu sans invalidité sur la base de la Convention collective de travail des paysagistes et entrepreneurs de jardin du canton de Vaud dans sa version du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 décembre 2016 (ci-après : la CCT), celle-ci ayant force obligatoire (arrêté étendant le champ d'application de la Convention collective de travail des paysagistes et entrepreneurs de jardins du canton de Vaud du 19 septembre 2017).

Le salaire horaire fixé par l'assuré et son employeur, de 25 fr., est légèrement plus élevé que le minimum arrêté par la CCT. Il convient ainsi d'en tenir compte (art. 357 al. 2 CO [code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220]). Aux termes de la CCT, un supplément salarial de 13.04 % du salaire brut AVS s'applique pour les vacances dès que l'employé est âgé de 50 ans ou plus. La convention fixe la durée du travail, pour un employé pouvant travailler à plein temps, à 2'220 heures par année. Elle impose un treizième salaire, correspondant à 8.33 % du gain brut réalisé dans l'année civile.

Ainsi, le revenu que le recourant aurait pu obtenir sans invalidité s'élève à 67'963 fr. 20 (25 fr. x 113.04 % x 2'220 h x 108.33 %), soit 68'235 fr. 05 après indexation de ce montant à 2017 (+ 0.4 % [Office fédéral de la statistique OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2017]).

**c) aa)** Lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne

met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

**bb)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**cc)** L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

**dd)** Au moment où la décision administrative litigieuse a été rendue, soit le 4 juin 2018, l'intimé ne disposait pas des données de l'ESS 2016, dans la mesure où ces dernières n'ont été publiées que le 26 octobre 2018. Le salaire avec invalidité doit par conséquent être déterminé sur la base des données de 2014 et être indexé jusqu'à la date de l'ouverture du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; TF

9C\_725/2015 du 5 avril 2016, consid. 4.3.1 ; TF 9C\_526/2015 du 11 septembre 2015 consid. 3.2.2 ; TF 8C\_78/2015 du 10 juillet 2015 consid. 4)

Ainsi, le salaire de référence pour des hommes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), était, en 2014, de 5'312 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2014, TA 1, niveau de qualification 1).

Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2017 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 5'537 fr. 76, correspondant à un salaire annuel de 66'453 fr. 12 auquel il convient d'appliquer l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2017 (0.4 % + 0.7 % + 0.4 %), soit 67'185 fr. 97. Le taux d'abattement de 10 % appliqué par l'OAI en raison de l'âge et de la situation personnelle de l'intéressé n'est pas contesté et ne paraît pas critiquable dans la mesure où il tient suffisamment compte des limitations fonctionnelles du recourant, les autres critères tels que manque de formation et difficultés de français n'étant pas des critères déterminants au sens de la jurisprudence (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc), en particulier en présence d'un revenu avec invalidité prenant en compte des activités simples et répétitives, lesquelles n'impliquent pas de connaissances spécifiques. Le revenu avec invalidité s'élève ainsi à 60'467 fr. 37.

**d)** En l'occurrence, la comparaison d'un revenu d'invalidé de 60'467 fr. 37 avec un revenu sans invalidité de 68'438 fr. 95 aboutit à un degré d'invalidité de 11.65 %. Ce taux étant inférieur au seuil des 40 % ouvrant le droit à une rente, c'est à juste titre que l'OAI a nié le droit à cette prestation à l'issue de sa décision du 4 juin 2018.

**10.** Le recourant se plaint encore du fait que l'OAI lui a refusé le droit à des mesures de réadaptation.

**a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour

autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

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 le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

Selon l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPG) 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).

Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte

à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a ; TF 9C\_416/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 2.2). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par exemple les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (TF 9C\_859/2010 du 9 août 2010, consid. 2.2 ; TFA I 421/01 du 15 juillet 2002, consid. 2c *in* VSI 2003 p. 274 s.). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (TFA 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c *in* VSI 2003 p. 274 s.), principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la quatrième révision de l'AI (TF 9C\_416/2009 précité consid. 2.2 ; TFA I 427/05 du 24 mars 2006, *in* SVR 2006 IV n° 45 p. 162)

**d)** Il ressort des considérants qui précèdent que le taux d'invalidité du recourant est de 11.65 %. Ce taux est insuffisant à ouvrir le droit au reclassement.

Par ailleurs, le recourant a recouvré une pleine capacité de travail dès le 20 avril 2016 dans une activité limitée à ses limitations fonctionnelles savoir : pas de port de charge lourde, pas de marche prolongée, pas de montées ou descentes d'escaliers à répétition, pas de position statique prolongée. Il ne ressort d'aucune pièce au dossier que l'une des atteintes à la santé du recourant lui occasionnerait des difficultés dans sa recherche d'emploi. En effet, si, aux termes de son rapport du 1<sup>er</sup> juin 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a préconisé le port d'un appareillage bilatéral, il n'a pas indiqué que cet appareillage ne permettrait pas de palier au défaut d'audition dont souffre le recourant. En définitive, aucun des rapports médicaux au dossier ne retient la surdité comme diagnostic ou comme limitation fonctionnelle. La Dresse X.\_\_\_\_\_ a même indiqué dans son rapport médical détaillé du

24 novembre 2017 sous « acuité auditive » que l'assuré était appareillé, sans autre commentaire. Il n'est ainsi pas établi que l'assuré rencontre des problèmes dans la recherche d'un emploi en raison de la baisse bilatérale de l'audition.

**c)** En conclusion, l'assuré ne remplit pas les conditions pour prétendre aux mesures de réadaptation, notamment d'aide au placement.

**11. a)** Le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 juin 2018 par l'U. \_\_\_\_\_ est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant qui succombe.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Luís Santos Gonçalves (pour V. \_\_\_\_\_)
- U. \_\_\_\_\_,
- 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 :