

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 novembre 2012

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Merz et Mme Dessaux
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

R. _____, à Lavigny, recourant, représenté par CAP Compagnie
d'assurance de protection juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après: l'assuré), né en 1965, a travaillé depuis 1996 en qualité de maçon pour l'entreprise B._____. Le 29 avril 2002, il a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations, tendant à l'octroi d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession, en raison de douleurs dans le milieu et le bas du dos depuis 2001.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr J._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré. Le 13 mai 2002, ce praticien a notamment posé le diagnostic de cervico-scapulalgies droites et de lombalgies chroniques, puis retenu que l'activité habituelle était encore exigible, avec une diminution de rendement, et qu'une autre activité était exigible. Il a joint à son envoi les documents suivants:

- Un rapport du 22 mars 2002 des Drs I._____, A._____ et M._____, respectivement chef de service, chef de clinique adjoint et médecin assistant au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV. Ces médecins ont posé le diagnostic principal de lombalgies chroniques basses - associées à des troubles statiques et dégénératifs lombaires étagés, à des dysbalances musculaires et à un probable syndrome de Maigne à gauche - et les diagnostics secondaires de cervico-scapulalgies droites d'origine musculo-tendineuse et d'épilepsie généralisée dans le cadre d'un status post-TCC. Ils ont attesté un séjour de l'assuré dans leur service du 12 au 23 mars 2002, puis ont retenu une incapacité de travail totale jusqu'au 24 mars 2002, avec une reprise professionnelle à 100% prévue le 25 mars 2002.

- Un rapport du 23 avril 2002 du Dr D._____, chirurgien orthopédique, qui a retenu qu'un traitement destiné à améliorer la tonicité musculaire para-vertébrale ainsi que la mobilité articulaire n'avait pas apporté d'amélioration. Ce spécialiste a relevé que le travail habituel de

l'assuré était particulièrement pénible, proposé une réorientation professionnelle et retenu un pronostic favorable, compte tenu de l'âge de l'assuré et de l'absence de surcharge psychogène.

Donnant suite à une demande de renseignements de l'OAI, dans un rapport du 14 mai 2002, le Dr D. _____ a posé le diagnostic de cervico-dorsalgies et lombalgies sur scoliose et spondylose principalement lombo-sacrée, et retenu une incapacité totale de travail du 12 au 24 mars 2002. Il a signalé une détérioration de l'état de santé depuis la reprise du travail, raison pour laquelle l'activité habituelle de maçon devait être interrompue. Le pronostic était très défavorable pour la continuation de l'activité de maçon, mais favorable pour une activité moins pénible et adaptée à l'état de santé de l'intéressé.

Sur le plan économique, dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 29 juin 2002, l'entreprise B. _____ a indiqué que l'assuré réalisait un salaire horaire de 26 fr. 15 depuis janvier 2002, avec un horaire moyen de 40.5 heures par semaine.

Lors d'un entretien téléphonique le 15 octobre 2002 avec un agent de l'OAI, le Dr D. _____ a retenu une incapacité de travail totale en tant que maçon. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles - celles habituellement retenues pour les problèmes rachidiens - il a précisé que l'assuré pouvait travailler, mais avec un rendement diminué de 50%. L'intéressé lui avait déclaré qu'il ne pouvait avoir un rendement complet en raison des douleurs.

Lors d'un entretien le 17 mars 2003 avec un agent de l'OAI, l'employeur B. _____ a déclaré que l'assuré poursuivait son activité de maçon, au taux de 50%; l'intéressé ne verbalisait aucune plainte en lien avec ses problèmes de santé, mais ses limitations fonctionnelles étaient bien réelles et tendaient à favoriser un taux d'absentéisme assez important. Des activités allégées étaient dans la mesure du possible proposées à l'assuré, mais il ne pouvait pas être totalement mis à l'abri des contraintes physiques en lien avec sa profession de maçon.

Dans un rapport initial de réadaptation du 18 mars 2003, l'OAI a retenu que la nécessité d'épargner à l'assuré les tâches lourdes rendait peu probable le maintien de son poste de travail sur le long terme, même avec un horaire réduit, et qu'un reclassement interne ne pouvait être envisagé. L'OAI a proposé une mesure d'évaluation professionnelle.

Par décision du 10 juin 2003, l'OAI a alloué à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle sous la forme d'un stage de trois mois au centre ORIPH de Morges. Ce stage a été effectué par l'intéressé du 3 novembre 2003 au 2 février 2004, au taux de 100%.

Dans un rapport intermédiaire du 16 février 2004, l'OAI a retenu que ce stage à l'ORIPH avait mis en évidence les capacités d'apprentissage limitées de l'assuré, au point qu'une formation proprement dite ne pouvait pas être envisagée. Il y avait dès lors lieu d'envisager une préparation à l'exercice d'un travail auxiliaire.

Dès le mois de mai 2004, l'assuré a consulté le Dr W._____, neurochirurgien et nouveau médecin traitant. Dans un rapport du 21 décembre 2005, ce spécialiste a diagnostiqué un status après décompression, stabilisation semi-rigide transpédiculaire L5-S1 postérieure interépineuse/interlaminaire L4-5 le 24 novembre 2005 avec correction partielle de la scoliose lombaire sinistroconvexe. Il a mentionné qu'une intervention avait été effectuée le 24 novembre 2005. Il a attesté une incapacité de travail totale au moins jusqu'au 3^{ème} mois post-opératoire, étant précisé qu'un reclassement professionnel serait ensuite nécessaire. Compte tenu des troubles statiques de la colonne vertébrale, une activité physique lourde comme celle de maçon était déconseillée.

Par la suite, en date du 16 mars 2006, le Dr W._____ a proposé de laisser l'assuré reprendre une activité de maçon à 100%, avec un rendement à 70%, compte tenu de son niveau de formation et de ses difficultés à se réinsérer dans une autre activité professionnelle plus légère.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui, dans un rapport du 22 mars 2006, a retenu que, trois mois après l'opération de neurochirurgie subie par l'assuré, la capacité de travail pouvait être considérée comme entière. Compte tenu de cette intervention, le SMR a émis des réserves quant à une activité de 70% sur un chantier.

Dès le 1^{er} mai 2006, l'assuré s'est fait réengager par B._____, pour un taux de 100% et pour le même salaire que celui qu'il réalisait précédemment.

Dans un projet de décision du 24 juillet 2006, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Se fondant sur un revenu sans invalidité de 60'527 fr. 20 pour 2003 dans son activité de maçon à 100% auprès de B._____ et sur un revenu d'invalidité de 52'025 fr. 50 - selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: l'ESS) en 2003 dans des activités simples et répétitives à 100%, en tenant compte d'un abattement de 10% - l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 14.04%.

Par décision du 27 septembre 2006, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à la rente, en se référant aux mêmes motifs que ceux exposés dans son projet de décision. L'assuré avait, auparavant, renoncé à un reclassement professionnel. L'assuré n'a pas recouru contre cette décision.

B. Le 26 juillet 2007, le Dr W._____ a écrit à l'OAI la lettre suivante:

"Après discussion avec le patient susnommé et tenant compte des troubles dont il souffre ainsi que de la profession exercée, je vous serai reconnaissant de bien vouloir reconsidérer au plus vite une demande de rente à 50%.

Suite aux divers rapports que je vous ai fait parvenir en 2005 et 2006, je vous prierai de reconsidérer la demande de rente chez ce patient, maçon de profession. Lors de la dernière lettre, j'avais

demandé un soutien financier qui lui permettrait de conserver un pensum de 100% en ce qui concerne la durée du travail tout en effectuant une activité de 70%. Cette demande avait été faite afin de réduire les sollicitations physiques tout en pouvant conserver un travail dans le domaine d'activité antérieure en tant que maçon. Malheureusement, vous n'avez pas donné suite à cette demande. Actuellement, je constate une péjoration de la situation clinique avec limitations fonctionnelles douloureuses en rapport avec les sollicitations physiques. Etant donné les troubles statiques importants que présente le patient dans le cadre de sa cyphoscoliose, la détérioration était prévisible dans les situations de charges.

Il devient urgent d'évaluer les possibilités de réinsertion professionnelle ou de réévaluer la situation dans le sens d'un soutien partiel à 50% qui lui permettrait de poursuivre son activité avec un degré de sollicitation adapté. Comme mentionné dans ma dernière lettre, je suis toujours d'avis que la possibilité pour ce patient de poursuivre dans la même profession demeure la meilleure solution pour le long terme".

Le 14 janvier 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, tendant à l'octroi d'une rente, en raison de douleurs dorsales depuis environ 2002. L'OAI est entré en matière.

Sur le plan économique, dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 25 janvier 2008, l'entreprise B._____ a indiqué que l'assuré avait réalisé du 22 mai au 31 décembre 2006 un salaire de 41'523 fr. et du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007 un salaire de 68'300 fr. 90, compte tenu d'un horaire de travail d'environ 42 heures par semaine. Dans un extrait du compte individuel de l'assuré, la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a notamment retenu un salaire de 68'300 fr. de janvier à décembre 2007.

Sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr W._____, qui a, dans un rapport du 10 novembre 2008, posé les diagnostics de cervico-radiculalgies C6 gauches itératives avec déficits sensitifs, d'origine indéterminée, et syndrome douloureux facettaire C5/6 gauche, de syndrome irritatif costo-transverse D12 gauche avec névralgies sous-costales D11 et D12, de lombalgies chroniques et de scoliose dorsolombaire en S sinistroconvexe dans la région lombaire. Il a indiqué que l'assuré poursuivait "tant bien que mal" son activité de maçon à 100% pour B._____, les tentatives de trouver une activité plus légère ayant

échoué et une réduction de l'horaire de travail n'étant financièrement pas possible. L'assuré se plaignait d'une exacerbation des douleurs dans la région lombaire moyenne et inférieure, éprouvait des difficultés à rester longtemps debout ou assis sans bouger, de même que pour se pencher en avant et se redresser de la position antéfléchie du tronc. Ce médecin a estimé que l'assuré, en raison des sollicitations physiques, ne pouvait pas longtemps continuer de travailler comme maçon.

L'OAI s'est en outre adressé au Dr D._____, qui, en date du 15 septembre 2008, a posé les diagnostics de lombalgies sur importante scoliose lombaire et glissement antérieur L5-S1 accompagné d'une arthrose inter-apophysaire, d'épilepsie post-traumatique après un accident à l'âge de 17 ans et de cervico-brachialgies droites chroniques depuis plusieurs années. Il a retenu une incapacité de travail totale comme maçon, et une incapacité de travail de 50% dans toute activité n'occasionnant pas d'effort pour la colonne vertébrale. Les limitations fonctionnelles étaient celles d'un patient souffrant de la colonne lombosacrée et de la colonne cervicale.

Sur proposition du SMR, l'assuré a été soumis le 20 février 2009 à un examen clinique orthopédique, effectué par le Dr N._____, chirurgien orthopédique. Dans son rapport du 5 mars 2009, ce médecin a posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs - avec discopathie L5-S1 et arthrose postérieure, status après fixation postérieure L5-S1 -, de scoliose lombaire idiopathique, et de cervicalgies chroniques - avec discopathie C5-C6. La capacité de travail a été fixée à 0% dans l'activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée depuis le 8 décembre 2008. Ce médecin a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Assuré de 43 ans, ayant travaillé comme maçon. Il développe des cervicalgies et des lombalgies en 2001. Tous les traitements conservateurs se sont avérés inefficaces. En novembre 2005, il a bénéficié d'une stabilisation semi-rigide par fixateur interne L5-S1. Selon l'assuré, cette intervention n'a pas permis d'améliorer la situation. Depuis décembre 2008, les douleurs lombaires ont augmenté d'intensité.

Les limitations fonctionnelles

M. R. _____ peut exercer un travail léger avec des ports de charges limités à 15 kg. Il doit éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux. Doit pouvoir alterner les positions.

[...]

Les troubles dégénératifs et statiques de la colonne vertébrale de M. R. _____ ne sont pas compatibles avec la poursuite du métier de maçon. Dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles, nous ne voyons aucune raison pour limiter sa capacité de travail".

Dans un rapport médical du 24 mars 2009, sous la plume du Dr V. _____, le SMR a fait siennes les conclusions du Dr N. _____ et a retenu les limitations fonctionnelles suivantes: "port de charges au-delà de 15 kg, activités moyennes à lourdes, en position penchée en avant, en porte-à-faux du rachis, en positions statiques assis/debout".

L'OAI a alloué à l'assuré une mesure de reclassement sous la forme d'une préparation à l'exercice d'un travail auxiliaire, à S. _____, pour une formation pratique en montage industriel. Le stage s'est déroulé du 10 août au 6 octobre 2009, date à laquelle il a dû être interrompu en raison des douleurs dorsales. Selon un rapport de stage du 17 novembre 2009, l'assuré travaillait à un taux maximum de 40%, avec des rendements de 35% à 55% selon qu'il travaillait en position debout ou assise. Au vu de son attitude face au travail et de son caractère volontaire, un emploi protégé était envisageable dans le cadre d'un poste à mi-temps. L'assuré devait régulièrement se déplacer et faire quelques pas; au fil des heures, la fatigabilité augmentait et influait sur le rendement.

Entre-temps, l'assuré avait demandé des indemnités journalières de l'assurance-maladie auprès de laquelle il avait été assuré (F. _____ SA), par l'intermédiaire de son dernier employeur. Le 6 mars 2009, le médecin-conseil de cette assurance, le Dr X. _____, médecin généraliste, a procédé à un examen clinique de l'assuré, au terme duquel il a considéré que l'assuré présentait des lombalgies à l'effort malgré une intervention consistant en la pose d'un matériel de spondylodèse bilatéral en L5-S1. Ce médecin a retenu que l'activité de maçon n'était plus adaptée, mais qu'une activité ne nécessitant pas le port de charges de

plus de 10-15 kg de manière ponctuelle et évitant également les positions en porte-à-faux était exigible.

Suite à un CT-Scan lombaire effectué le 17 novembre 2008, la Dresse Y._____ a retenu les conclusions suivantes:

"Arthrose étagée légère à modérée et canal lombaire étroit acquis léger à modéré prédominant en L3-L4. Antélisthesis de grade I de L5 sur S1. Pas de complication au niveau de la spondylodèse L5-S1. Rétrécissement léger à modéré des trous de conjugaison prédominant en L4 à S1 à gauche pouvant entraîner une symptomatologie radiculaire. Début de sclérose artérielle".

Dans un rapport du 29 mars 2010 adressé à l'OAI, le Dr W._____ a retenu un pronostic défavorable quant à une reprise du travail; seule une intervention neurochirurgicale ayant des chances d'aider le patient à retrouver une activité professionnelle dans un travail adapté. La capacité de travail comme maçon était nulle et "les restrictions physiques dans le contexte du port de charge, malgré les divers traitements entrepris à ce jour, l'empêch[ai]ent d'envisager une activité différente plus légère". Il a retenu qu'une intervention devait être effectuée avant d'entreprendre des mesures de réinsertion professionnelle.

Dans un avis médical du SMR du 19 avril 2010, le Dr C._____ a indiqué que le rapport ci-dessus du Dr W._____ n'apportait pas d'éléments nouveaux mais suggérait une consultation neurochirurgicale, et que les conclusions du SMR formulées dans le rapport du 24 mars 2009 restaient valables.

Dans un projet de décision du 17 mai 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à des prestations d'invalidité. Sur le plan médical, l'OAI a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son ancienne activité, mais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, depuis décembre 2008. Se fondant sur un revenu sans invalidité de 70'655 fr. dans l'activité habituelle de maçon à 100% auprès de B._____ et sur un revenu

d'invalide de 55'996 fr. 40 – selon l'ESS en 2009 dans des activités simples et répétitives à 100%, en tenant compte d'un abattement de 10% – l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 20%. L'OAI a ajouté que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, dès lors que des activités ne nécessitant pas de formation particulière étaient à la portée de l'assuré, sans préjudice économique.

Le 17 juin 2010, l'assuré a contesté ce projet de décision, en exposant notamment que le Dr W._____ l'avait adressé à un spécialiste en chirurgie spinale, au CHUV. Il convenait par conséquent d'attendre que l'intervention chirurgicale proposée par ce médecin soit pratiquée, avant d'envisager des mesures professionnelles en faveur de l'assuré.

Par décision du 13 juillet 2010, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des prestations d'invalidité, en se référant aux mêmes motifs que ceux exposés dans son projet de décision.

Dans un courrier du 13 juillet 2010, l'OAI a expliqué que les arguments de l'assuré n'apportaient aucun élément nouveau. Concernant l'octroi de mesures professionnelles, l'OAI a expliqué que seule une aide au placement pouvait être octroyée, dès lors que – suite au stage effectué à l'ORIPH – seul un travail simple et répétitif était possible et qu'une formation pratique avait été dispensée à l'assuré auprès de S._____. L'OAI a remis à l'assuré un formulaire d'aide au placement.

C. Par acte de son mandataire du 14 septembre 2010, R._____ a recouru contre cette décision au Tribunal cantonal et a conclu, avec suite de dépens, au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision. Il soutient que l'OAI s'est prononcé prématurément sur la possibilité de reprendre une activité adaptée, dès lors qu'une intervention neurochirurgicale, indiquée par le Dr W._____, est prochainement prévue. Il fait valoir que, contrairement aux conclusions médicales du SMR, le centre S._____ a retenu une incapacité de travailler dans un emploi adapté avec un plein rendement. L'assuré ajoute que l'OAI, qui a retenu un degré d'invalidité de 20%, ne peut refuser le droit à des

mesures professionnelles, cette question devant être examinée après l'opération neurochirurgicale prévue.

Dans sa réponse du 30 novembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il relève en particulier que le rapport d'examen du 5 mars 2009 du SMR, effectué par le Dr N._____, a valeur probante et que le rapport du 29 mars 2010 du Dr W._____ n'apporte pas d'élément médical nouveau. Concernant la mise en œuvre de mesures professionnelles, l'OAI renvoie à son courrier du 13 juillet 2010.

Dans ses déterminations du 14 janvier 2011, le recourant a maintenu ses conclusions. Il fait valoir que son état de santé ne lui permet pas actuellement d'envisager la reprise d'une activité adaptée, expliquant qu'il entreprend un traitement médical au CHUV. Il ajoute que des mesures professionnelles lui sont nécessaires, dès lors que le stage auprès de S._____ a duré moins de deux mois et ne lui a pas permis d'acquérir une formation pour un emploi dans l'industrie.

Le recourant a déposé des courriers des 15 décembre 2010 et 14 janvier 2011 du centre universitaire romand de neurochirurgie du CHUV, relatifs à des convocations, les 30 décembre 2010 et 21 février 2011, pour des radiographies de la colonne lombaire, respectivement pour des consultations ambulatoires en neurochirurgie.

D. Entre-temps, F._____ SA a mis fin, avec effet au 31 mai 2010, au paiement des indemnités journalières qu'elle avait allouées à l'assuré (décision du 1^{er} juin 2010 et décision sur opposition du 11 août 2011). R._____ a interjeté un recours contre cette décision sur opposition. La cause est actuellement pendante devant la Cour de céans (cause AM 38/11).

Le 10 septembre 2012, le juge en charge de l'instruction du recours en matière d'assurance-invalidité a informé les parties du fait qu'il avait fait verser au dossier les pièces produites par les parties dans la

cause AM 38/11. Dans ce cadre, les documents médicaux suivants ont notamment été produits:

- Un courrier du 6 mars 2009 du Dr X._____ adressé à F._____ SA, indiquant que l'assuré n'allait certainement plus pouvoir exercer sa profession de maçon à long terme, l'incapacité de travail étant justifiée dans cette activité. Dans une profession ne nécessitant pas de port de charges de plus de 10-15 kg de manière ponctuelle et évitant les positions en porte-à-faux, une capacité de travail à 100% était exigible.

- Un rapport du 5 octobre 2010 du Dr [...], médecin associé au centre universitaire romand de neurochirurgie du CHUV, constatant une diminution de la force au niveau des deux membres inférieurs et une sensibilité normale, l'assuré étant capable de marcher pendant vingt minutes, à l'issue desquelles il commençait à avoir mal au dos. Ce spécialiste a expliqué qu'il était dans l'attente de documents médicaux, avant de pouvoir se prononcer quant à une évaluation détaillée en neurochirurgie.

- Un courrier du 24 juin 2011 du Dr W._____ adressé au mandataire de l'assuré, confirmant que ce dernier est incapable d'exercer une activité considérée comme adaptée, dès lors qu'il ne peut rester plus d'une demi-heure en position assise ou debout, que l'antéflexion du tronc au-delà de 10-30 degrés déclenche des douleurs et que la limitation du port de charges est de 5 à 10 kilos. Ce médecin a précisé qu'il ne voyait pas de solution adéquate autre que chirurgicale aux problèmes de l'assuré et que son avis relatif à une indication opératoire n'était pas partagé par ses collègues.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale sur

l'assurance-invalidité, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI 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). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 60 LPGA et 69 LAI) et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

c) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité. Il s'agit, en particulier, de déterminer si l'état de santé de l'assuré s'est péjoré, depuis la dernière décision de refus de prestations du 27 septembre 2006, au point d'ouvrir désormais droit aux prestations.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente.

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas

échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

c) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un

stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV no 10 p. 39; TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1 et les autres références citées).

L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 28 consid. 4a; 109 V 28; TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.2). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (TFA I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.2 et les autres références citées).

d) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) 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 et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel: orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4).

En outre, le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.2; TFA I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111).

e) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA en relation avec l'art. 28a LAI). 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1).

On réduira toutefois les montants des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces empêchements sur le revenu d'invalidé est nécessaire, étant précisé que la jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25%, sous réserve d'une diminution du rendement de l'assuré dans les activités raisonnablement exigibles de sa part (ATF 126 V 76 consid. 3b/bb et 5; TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.2; TF 8C_705/2011 du 21 octobre 2011 consid. 3.1; TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.2 in fine).

4. a) En l'espèce, l'assuré s'est soumis le 20 février 2009 à un examen clinique orthopédique, effectué par le Dr N._____. Dans son rapport du 5 mars 2009, ce médecin retient les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, de scoliose lombaire idiopathique et de cervicalgies chroniques. Conformément aux autres pièces médicales versées au dossier, le Dr N._____ indique que toutes les mesures conservatrices se sont avérées inefficaces quant au traitement des cervicalgies et des lombalgies. S'agissant de la capacité de travail, il retient que l'assuré peut travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis décembre 2008. Ce taux de capacité de travail, dans une activité adaptée, correspond aux constatations du Dr X._____ (rapport du 6 mars 2009 et courrier du 6 mars 2009 adressé à F._____ SA). Par activité adaptée, il faut entendre tout travail léger avec des ports de charges limités à 15 kg, permettant

d'éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux, et autorisant l'alternance des positions.

Pour sa part, le Dr W._____ a dans un premier temps attesté une capacité de travail, respectivement de rendement, de 70 %, puis de 50%, dans une activité de maçon, mais en évitant les travaux lourds (rapports des 16 mars 2006, 26 juillet 2007 et 10 novembre 2008). Par la suite, il a exposé que les "restrictions physiques dans le contexte du port de charge, malgré les divers traitements entrepris à ce jour, [...] empêchent [l'assuré] d'envisager une activité différente plus légère" (rapport du 29 mars 2010; cf. aussi rapport du 24 juin 2011). Les premiers rapports cités ne disent rien de la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Quant aux derniers rapports cités, ils sont insuffisamment motivés pour mettre sérieusement en doute les constatations des Drs N._____ et X._____ relatives à une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

En ce qui concerne l'indication à une nouvelle intervention chirurgicale, le Dr W._____ (rapports des 29 mars 2010 et 24 juin 2011) n'est pas suivi par les confrères consultés par l'assuré au CHUV. Le Dr H._____ a dans un premier temps exposé qu'il ne pouvait pas se prononcer sans une évaluation détaillée en neurochirurgie (rapport du 5 octobre 2010), et les lettres des 15 décembre 2010 et 14 janvier 2011 du centre universitaire romand de neurochirurgie du CHUV ne font que mentionner des convocations pour des consultations ambulatoires en neurochirurgie. Enfin, dans une lettre du 24 juin 2011 adressée au mandataire du recourant, le Dr W._____ expose clairement que son avis relatif à une indication opératoire n'est pas partagé par ses collègues. Une telle intervention, au vu des pièces versées au dossier, ne semble d'ailleurs toujours pas avoir été pratiquée à ce jour. Quoi qu'il en soit, même si l'indication opératoire était posée, cela ne suffirait pas à considérer que dans l'intervalle, l'assuré ne dispose pas d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par les Drs N._____ et X._____.

Enfin, les constatations faites lors du stage à S._____ (rapport de stage du 17 novembre 2009) sont largement fondées sur les allégations de l'assuré et n'emportent pas la conviction face aux constatations médicales des Drs N._____ et X._____. En effet, il appartient au médecin, et non au conseiller en réadaptation, de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer quelles sont les limitations fonctionnelles présentées par un assuré. En l'occurrence, le rapport de stage décrit un rythme de travail moyen atteignant un taux maximum de 40%, avec des rendements de 35% à 55% selon que l'assuré travaillait en position debout ou assise. Il est admis d'emblée que l'assuré devait régulièrement se déplacer et faire quelques pas et qu'au fil des heures, la fatigabilité augmentait et influait sur le rendement. Or, si les Drs N._____ et X._____ ont admis qu'il fallait trouver pour l'assuré un emploi permettant l'alternance des positions, leurs constatations ne permettent pas d'admettre la nécessité de se lever et de quitter son poste de travail pour faire quelques pas, à une fréquence telle qu'il en résulterait une diminution de rendement de près de 50%. Ils n'ont par ailleurs pas indiqué que l'assuré serait sujet à une fatigabilité accrue dans une activité adaptée. En réalité, force est donc de constater que les maîtres de stage se sont limités à constater le rendement de l'assuré, sans véritablement mettre en question la justification médicale des limitations constatées.

Dès lors, le rapport d'examen du SMR du 5 mars 2009 satisfait pleinement aux critères permettant de lui attribuer une pleine valeur probante. Il y a donc lieu de retenir que le recourant présente, dans une activité adaptée à son état de santé et tenant compte de ses limitations fonctionnelles, une pleine capacité de travail depuis décembre 2008. Le calcul de l'invalidité, qui a été effectué par l'OAI conformément aux principes légaux et jurisprudentiels en la matière (consid. 3e précité), aboutit à un degré de 20%, ce qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité, dès lors que ce taux est inférieur au degré minimal de 40% donnant droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

b) En ce qui concerne les mesures d'ordre professionnel, il ressort de l'acte de recours lui-même que le recourant s'estime incapable

de travailler et considère qu'il ne recouvrera une capacité de travail qu'après l'intervention chirurgicale projetée par le Dr W._____. Indépendamment de cela, la capacité de travail dont il dispose dans une activité simple et répétitive est suffisante pour lui permettre de se réadapter par lui-même. Il n'est pas déterminant que le stage effectué par l'assuré auprès de S.____ ait duré moins de deux mois et ne lui ait – comme il le prétend – pas permis d'acquérir une formation pour un emploi dans l'industrie. En effet, compte tenu de ce qui a été constaté lors du stage à l'ORIPH de Morges (rapport intermédiaire du 16 février 2004 de l'OAI), les capacités d'apprentissage de l'intéressé sont trop limitées pour qu'une nouvelle formation professionnelle ait suffisamment de chances de succès, seul un travail auxiliaire, soit une activité simple et répétitive, étant envisagée.

c) Il s'ensuit que le recourant n'a droit ni à une rente ni à des mesures d'ordre professionnel. Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par l'OAI.

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

Vu l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a en outre pas droit à des dépens (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 13 juillet 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- CAP Compagnie d'assurance de protection juridique SA, à Lausanne (pour R. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :