

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 novembre 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Rossier et M. Pittet, assesseurs
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; 4, 28 et 69 al. 1^{bis} LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] au bénéfice d'un permis C, né en 1965, sans formation, a été opéré en 2003 d'une hernie discale L5-S1 à droite. Du 1^{er} août 2008 au 30 avril 2011, il a travaillé comme homme à tout faire auprès de [...], pour un salaire mensuel s'élevant dès novembre 2009 à 4'050 francs. A compter du 4 janvier 2011, il a présenté une incapacité de travail et perçu des indemnités journalières de M. _____ Assurances SA, assureur perte de gain maladie. Dans un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire établi le 8 février 2011, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a indiqué que l'assuré présentait, en L5-S1, une hernie discale intra-foraminale droite associée à une arthrose postérieure et dans le récessus, susceptible d'entraîner une symptomatologie radiculaire L5, une arthrose postérieure en L3-L4 et L4-L5 rétrécissant légèrement les trous de conjugaisons L3 et L4, ainsi qu'une malformation du corps vertébral de L4 de type vertèbre papillon, entraînant une scoliose sinistro-convexe à court rayon de courbure.

Le 5 août 2011, l'assuré a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité (ci-après : AI).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, le médecin traitant de l'assuré, le Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne générale, a adressé un rapport à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) daté du 19 août 2011, dans lequel il a diagnostiqué que son patient souffrait depuis septembre 2010, avec effets sur la capacité de travail, d'une radiculopathie L5-S1 droite sur hernie discale L5-S1 foraminale droite, d'une malformation du corps de L4 en papillon et d'une scoliose sinistro-convexe. Ce praticien a également exposé que l'intéressé présentait une incapacité de travail à 100% depuis le 4 janvier 2011 dans sa dernière activité d'homme à tout faire et que des mesures médicales ne pouvaient en l'état pas améliorer cette situation, précisant qu'en raison d'un important obstacle de langage, sa capacité de

compréhension dans une autre activité était limitée. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr Q._____ a indiqué que depuis environ une année, l'assuré ne pouvait pas exercer d'activité uniquement en position assise, ni uniquement en position debout, ni dans différentes positions, ni principalement en marchant, qu'il ne pouvait pas se pencher, qu'il ne pouvait pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, ni accroupi, ni à genoux, ni en rotation en positions assise ou debout, qu'il ne pouvait pas soulever ou porter de charges, qu'il ne pouvait pas monter sur une échelle ou un échafaudage, ni des escaliers. Ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance ont été qualifiées de limitées.

Selon l'extrait du compte individuel de l'assuré du 19 août 2011, celui-ci a perçu un revenu de 55'462 fr. en 2009 et de 57'416 fr. en 2010.

Le 25 août 2011, l'ancien employeur a fait savoir à l'OAI que les rapports de travail avaient pris fin le 30 avril 2011 et que le salaire de l'intéressé s'élevait à 4'050 fr. par mois dès novembre 2009.

Le 27 octobre 2011, l'assuré s'est rendu à un entretien d'évaluation auprès de l'OAI. Dans un rapport y relatif du même jour, il a été relevé que sa situation médicale semblait peu claire, notamment dans la mesure où il avait déclaré être en mesure de reprendre une activité professionnelle légère à 100%. Il a en outre été retenu, sur la base du rapport du 19 août 2011 du Dr Q._____, que la capacité de compréhension de l'intéressé était limitée du fait d'un important obstacle de langage. Il a également été mentionné que l'assuré avait consommé de l'alcool avant l'entretien, qu'il a expliqué à cet égard être sous antabuse suite à une décision de justice l'ayant condamné à une peine privative de liberté de 5 ans avec sursis et avoir eu auparavant un important problème d'alcoolisme, précisant qu'il buvait alors au moins un litre de vin et une dizaine de bières par jour. Ce rapport exposait enfin que compte tenu de la situation, des mesures d'intervention précoce n'étaient pas

envisageables en l'état et qu'il convenait d'attendre les résultats de l'IRM programmée le 17 novembre 2011.

Dans un rapport non daté, indexé le 18 décembre 2011 par l'OAI, le Dr Z._____, spécialiste en neurochirurgie, qui a traité l'assuré de manière ambulatoire du 6 octobre au 24 novembre 2011, a diagnostiqué, avec effets sur la capacité de travail, une lombosciatalgie droite et un hémisyndrome moteur droit. Il a confirmé l'incapacité totale de travail dans l'activité habituelle établie par le médecin traitant, précisant que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. S'agissant des limitations fonctionnelles, ce praticien a indiqué que depuis le 6 octobre 2011, l'intéressé, en raison de douleurs, ne pouvait pas exercer d'activité uniquement en position assise, ni uniquement en position debout, ni dans différentes positions, ni principalement en marchant, qu'il ne pouvait pas se pencher, qu'il ne pouvait pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, ni accroupi, ni à genoux, ni en rotation en positions assise ou debout, qu'il ne pouvait pas soulever ou porter de charges, qu'il ne pouvait pas monter sur une échelle ou un échafaudage, ni des escaliers. Ses capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation n'ont pas été qualifiées de limitées, au contraire de sa résistance en raison de douleurs.

Par communication du 16 février 2012, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible pour l'instant dans la mesure où son état de santé n'était pas encore stabilisé, une intervention chirurgicale étant envisagée.

Le 14 décembre 2012, le Service de neurochirurgie du Centre hospitalier S.____ (ci-après : S.____) a transmis à l'OAI les pièces suivantes :

- un rapport établi le 23 juin 2011 par les Drs F._____, spécialiste en radiologie, et D._____, faisant état chez l'assuré d'une attitude scoliotique sinistro-convexe centrée sur la vertèbre L4 dont le

corps était tassé avec présence de deux hémicorps vertébraux pouvant également correspondre à une vertèbre en papillon de type congénitale, d'une discopathie pluri-étagée consécutive aux troubles statiques, de sténoses foraminales d'origine osseuse-dégénératives en L3-L4, L4-L5 et L5-S1 à droite sans visualisation de conflit radiculaire, ainsi que d'importantes sténoses foraminales d'origine osseuse-dégénératives du premier trou sacré droit causant un net conflit avec la première racine sacrée droite ;

- un rapport d'examen de la colonne lombaire établi le 30 juin 2011 par les Drs C._____, spécialiste en radiologie, et I._____, faisant état chez l'assuré d'une importante scoliose lombaire en S dextro-convexe dans sa partie supérieure, ne permettant qu'une interprétation limitée du cliché radiologique et empêchant de préciser un éventuel antélisthesis sur la base de l'examen pratiqué ;

- un rapport établi le 21 juillet 2011 par le Dr Z._____, exposant que la symptomatologie de l'assuré s'était aggravée avec une progression d'une parésie du pied droit et d'une paresthésie de la jambe droite, au niveau des territoires L5-S1 à prédominance S1, et préconisant la réalisation d'une nouvelle IRM lombaire, laquelle était prévue le 29 juin 2011 ;

- un rapport établi le 12 octobre 2011 par le Dr Z._____, indiquant que l'assuré présentait une clinique caractérisée par ce qui pourrait être une radiculopathie déficitaire et irritative L5 voire S1 du côté droit, potentiellement compatible avec les images de l'IRM ; ce praticien a précisé qu'au status, il avait toutefois retrouvé des éléments peu compatibles avec une atteinte radiculaire unique et n'avait pas pu expliquer l'hypoesthésie importante diffuse du membre inférieur droit s'étendant au niveau dorsal bas, ni le déficit de force global, bien que modéré, du membre supérieur droit ; il a enfin exposé que l'examen clinique ne démontrait par ailleurs pas de franche myélopathie et a exclu une origine centrale à la symptomatologie actuelle de l'assuré pouvant se superposer à une atteinte radiculaire ;

- un rapport d'IRM cérébrale et lombaire établi le 17 novembre 2011 par les Drs B._____, spécialiste en radiologie, et E._____, exposant qu'aucune lésion cérébrale n'avait été décelée et faisant état d'une anomalie congénitale ainsi que d'importants troubles dégénératifs de la colonne lombaire connus avec sténoses foraminales sévères de L3 à S1 à droite à l'origine d'un conflit avec la racine L5 et S1 droite ;

- un rapport établi le 12 décembre 2011 par les Drs Z._____ et X._____, exposant qu'une consultation de neurologie allait être organisée en raison de l'hémisyndrome peu clair présenté par l'assuré.

Interpellés par l'OAI, les Drs P._____ et H._____, spécialiste en médecine interne générale, tous deux médecins au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), ont exposé dans leur avis du 11 juin 2013 qu'il convenait de convoquer l'assuré pour un examen ou une expertise rhumatologique.

L'assuré a été expertisé par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 17 octobre 2013. Dans son rapport du même jour, adressé à l'OAI le 24 octobre 2013, ce praticien a résumé les pièces au dossier, décrit l'anamnèse de l'assuré et les résultats de son examen du rachis. Il a posé les diagnostics, avec effets sur la capacité de travail, de malformation congénitale complexe du rachis lombaire (malformation en papillon de la 5^{ème} vertèbre lombaire à angle résiduel gauche entraînant une scoliose sinistroconvexe), de spondylarthrose lombaire pluriétagée avec sténose récessale de L3 à S1 à prédominance droite avec cruralgie irritative droite non déficitaire depuis février 2011, un status post hernie discale L5/S1 et un status post cure chirurgicale de hernie discale L5/S1 droite le 8 septembre 2003. Il a également diagnostiqué, sans effets sur la capacité de travail, un status post hernie inguinale droite et post cure chirurgicale de hernie inguinale droite en 1991, ainsi qu'un amygdalectomie dans l'enfance. Sous la rubrique « Appréciation du cas et pronostic », le Dr W._____ a relevé ce qui suit :

« Malgré une sévère malformation du rachis lombaire, caractérisée par une scoliose associée à une fusion lombosacrée, l'assuré a toujours réalisé des travaux de force depuis l'âge de 13 ans. Arrivé de son [...] natale, n'étant au bénéfice d'aucune formation, il travaille comme manœuvre dans la viticulture et exerce enfin le métier de « manœuvre dans la maintenance et de rénovation » à raison de 41 heures 30 par semaine pour [...]. L'assuré est pris en charge médicalement dès 1996, date à laquelle la présence de signes comportementaux de G. WADDELL est relevée. Ils ne sont pas retrouvés au jour de l'expertise. Une composante de non organicité ne saurait donc être retenue. Il en est de même pour le diagnostic de fibromyalgie, dont le score est insuffisant, selon les critères actuels, que pour pouvoir retenir ce diagnostic ce jour. Le 08.09.2003, est réalisée une cure chirurgicale de hernie discale L5/S1 droite. Les suites opératoires sont marquées par la disparition de la symptomatologie neurologique irritative et la reprise du travail en tant que manœuvre dans la viticulture dans des délais usuels.

C'est en 2011 que le fragile équilibre est rompu. Il apparaît de vives lombalgies avec une cruralgie irritative droite, qui justifient une incapacité complète de travail au 4 janvier 2011. Lors de la prise en charge de celles-ci par le service de neurochirurgie du Centre Hospitalier S. _____ sont diagnostiqués par les médecins neurologues : « faiblesse progressive aux membres supérieurs et inférieurs droits depuis janvier 2011 ». (Rapport du 22.12.2011, Pr. Dr. [...], médecin adjoint du service de neurologie) ; compressions radiculaires lombo-sacrées chroniques droites, avec héli-syndrome droit sur probables troubles fonctionnels. (Rapport, daté du 20.02.2012, du Pr. [...], consultation spécialisée de l'unité nerf-muscle).

Au jour de l'expertise, l'interrogatoire, comme l'examen clinique ne mettent plus en évidence de déficit de la force du membre supérieur gauche. Si l'héli-syndrome droit est toujours annoncé au niveau sensitif, il existe néanmoins des discordances entre la faiblesse musculaire annoncée et la force observée. On relève en particulier la possibilité d'effectuer, sur une courte distance, une marche sur les talons ou sur les pointes, tout comme la possibilité de monter et descendre de la table d'examen sans peine à plusieurs reprises. Ce qui contraste avec la quasi impossibilité de mobiliser le genou, la cheville et la hanche droites lors des tests de force musculaire. Au membre supérieur droit, est annoncée l'impossibilité de soulever plus de 4 Kg, ce qui tranche avec un biceps et un triceps brachial de volume nettement supérieur à la moyenne, au lieu de l'hypomyotrophie attendue. De nombreux lâchages gênent l'examen au membre supérieur, dont les neurologues ne retrouvent pas l'étiologie.

Au total, même s'il existe quelques discordances, au demeurant déjà relevées en 1996, l'assuré souffre néanmoins d'une pathologie lombaire congénitale sévère marquée par une scoliose et un état après cure de hernie discale en L5/S1, au socle d'une fusion lombaire basse, et associée à une cruralgie droite irritative non déficitaire.

Le pronostic reste réservé au niveau lombaire, en particulier en raison des sténoses récessales, susceptibles d'aggravation. Je n'ai pas à me prononcer sur la composante neurologique sans rapport avec le rachis. Les limitations fonctionnelles retenues sont celles liées à la pathologie lombaire basse, associée à la cruralgie droite irritative non déficitaire. »

Le Dr W. _____ a en outre apporté les réponses suivantes aux questions qui lui étaient posées :

« **B. Influences sur la capacité de travail**

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

- Au plan physique

Les limitations induites par la pathologie lombaire sont les suivantes :

Pas de port de charge de plus de 5 Kg ; pas de travail en porte-à-faux du tronc ni de rotation de celui-ci ; pas de travail au-dessus du plan des épaules ; pas de déplacements professionnels à pieds de plus de 1000 mètres par jour. Pas de déplacements en terrain irrégulier. Pas de montées répétitives d'escaliers. Pas de travail sur les lieux élevés. Pas de position accroupie ou à genoux. Pas de position statique, qu'elle soit érigée ou assise prolongée, une alternance des positions est donc nécessaire.

- Au plan psychique et mental

Je ne suis pas compétent pour répondre à cette question.

- Au plan social

Il n'existe pas de limitations au plan social en relation avec la pathologie rachidienne.

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

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

La dernière activité exercée se définit par manoeuvre dans la maintenance et de rénovation, à raison de 41 heures 30 par semaine.

La pathologie lombo-crurale interdit désormais ce métier.

On rappelle la fin des rapports de travail au 30.04.2011.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

La capacité résiduelle de travail se doit se [recte : de] respecter les limitations ci-dessus énumérées. On insistera sur les limitations relatives à la pathologie lombaire.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (en heures par jour) ?

Non, l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible.

2.4 Y-a-t-il une diminution du rendement ? si oui, dans quelle mesure ?

La question devient sans objet.

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

Il existe une incapacité de travail de 20 % au moins du 4 janvier 2011 au 1^{er} mars 2012.

La date du 1^{er} janvier est retenue comme celle de l'apparition des lombocruralgies, comme le confirme le médecin de famille de l'assuré.

La date du 1^{er} mars 2012 est retenue comme celle de la fin des investigations de la pathologie rachidienne par le service de neurochirurgie (dont l'absence d'indication chirurgicale) et des investigations de la pathologie neurologique (et de l'absence de proposition thérapeutique). Par ailleurs, en une année, le traitement antalgique et le repos associés ont permis de stabiliser la situation clinique et la faiblesse du membre supérieur gauche a disparu.

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

Depuis le 1^{er} mars 2012, la capacité de travail est pleine à la condition de respecter les limitations fonctionnelles énumérées *supra*.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ? Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ?

Oui, des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables.

Il n'y a pas de délai à respecter.

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

La dernière activité lucrative n'est plus exigible.

La question devient donc sans objet.

2.1 Si oui, par quelles mesures ?

La question devient donc sans objet.

- o Mesures médicales
- o Moyens auxiliaires
- o Adaptation du poste de travail

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

La question devient donc sans objet.

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

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

Le lieu de travail doit être d'un accès aisé, sans escaliers ni terrain irrégulier. Le sol sera plan et régulier. Il ne doit pas y avoir d'échelles ou d'escaliers à utiliser régulièrement.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (heures par jour)

L'activité adaptée à l'invalidité est de 42 heures 30 minutes par semaine.

3.3 Y-a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non, dans le cadre d'une activité adaptée, il n'existe pas de diminution de rendement.

3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?

L'exercice d'une activité adaptée est exigible depuis le premier mars 2012.

3.5 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

La question devient sans objet. ».

Dans son rapport du 5 novembre 2013 à l'OAI, le Dr P. _____ du SMR, sur la base du rapport d'expertise du 17 octobre 2013 du Dr W. _____, a retenu que l'assuré souffrait d'une spondylarthrose lombaire avec sténose canalaire de L3 à S1 et cruralgie irritative droite non déficitaire depuis février 2011. Il a indiqué que l'intéressé, d'une part, était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis le 4 janvier 2011 et, d'autre part, était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2012. Le Dr P. _____ a exposé que les limitations fonctionnelles concernaient surtout le rachis lombaire et les a décrites comme suit : « pas de port de charges de plus de 5 kg ; pas de travail en porte-à-faux ou en rotation du tronc ; pas de travail au-dessus des épaules ; pas de déplacement en terrain irrégulier ; pas de montée répétitive d'escaliers ; éviter le travail sur les lieux élevés ou en position accroupie ou à genoux ; éviter les positions statiques assise ou debout, avec alternance recommandée des positions ».

Le 4 février 2014, l'assuré s'est rendu à un entretien d'évaluation intervenant dans le cadre de la phase d'intervention précoce auprès du Service de Réadaptation de l'OAI (ci-après : REA). Dans un rapport y relatif du 7 février 2014, une psychologue de ce service a relevé que l'intéressé semblait très démuni face à sa situation et loin d'une réinsertion professionnelle, soulignant qu'il était dans le déni par rapport à sa consommation d'alcool qui restait à évaluer. Elle a indiqué que son suivi médical restait à clarifier et qu'au-delà des limitations physiques, des limitations d'ordre psychique et cognitif devraient être évaluées. Cette

psychologue a conclu son rapport en préconisant, à titre de mesure de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, un entraînement à l'endurance auprès de l'association R._____.

Par communication du 28 février 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il allait bénéficier d'une mesure de réinsertion, soit un entraînement à l'endurance auprès de l'association R._____ du 3 mars au 2 juin 2014.

Il ressort du formulaire d'évaluation de cette mesure concernant la période du 11 avril au 6 juin 2014, daté du 6 juin 2014, que les douleurs ressenties par l'intéressé entraînaient des limitations fonctionnelles lors de travaux impliquant des torsions du corps et lors de travaux de force ou sur des machines en raison des vibrations, le port de charges lourdes étant par ailleurs à proscrire. Ce document fait également état de la conclusion suivante :

« Nous relevons que M. N._____ se situe dans une dynamique ascendante en terme de motricité globale. Les limitations fonctionnelles semblent s'être quelque peu réduites lors du dernier mois de mesure alors même que le temps de travail a lui augmenté. Il apparaît que la mise en activité a permis un réentraînement sur le plan physique et lui a permis de se remobiliser afin de recouvrir des aptitudes et habitudes de travail. Toutefois, il apparaît que les travaux de force et de charges soient à limiter au profit d'activités fines pour lesquelles M. N._____ semble disposer de compétences. Il sait se montrer minutieux, patient et attentif lors de travaux exigeant de la précision et de la finesse.

M. N._____ est volontaire et s'est engagé avec constance et ponctualité durant ces trois mois de mesure. Il est apte à se concentrer sur une activité, à organiser celle-ci et à mémoriser la chronologie des tâches. Toutefois, quelques lacunes dans la pratique du français peuvent parfois constituer un obstacle à l'exécution correcte des tâches demandées. Globalement, il apparaît que M. N._____ maintient en terme de compétences professionnelles un certain niveau d'employabilité, bien que le rythme de travail ne soit pas en adéquation avec les exigences du 1^{er} marché du travail.

Sur le plan social, la situation reste précaire. M. N._____ vit toujours dans notre centre d'hébergement de nuit d'urgence. Malgré de nombreuses recherches, pour retrouver un logement stable, rien n'a pu être confirmé pour le moment. Il apparaît que cela constitue un frein important dans la démarche d'insertion entamée par M. N._____ et le fragilise sur le plan psychique. En l'état, il semble qu'il lui soit difficile de se projeter dans un avenir positif au vu de la persistance de ses problèmes de logement. Pour terminer nous relevons [que], malgré ses difficultés, M. N._____ a souvent été

l'animateur au sein des ateliers en faisant preuve d'un positivisme et d'un humour qui a été fortement apprécié. ».

Par communication du 10 juin 2014, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge d'un entraînement progressif du 3 juin au 2 septembre 2014 auprès de l'association R._____.

Dans une note du 2 septembre 2014, la psychologue du REA en charge du dossier de l'intéressé a relaté un entretien téléphonique avec un collaborateur de l'association R._____, duquel il ressort que l'assuré était présent à la mesure et que la progression était constante.

Le 29 septembre 2014, ladite psychologue a proposé de prolonger la mesure d'entraînement progressif de l'assuré du 3 septembre au 2 décembre 2014.

Le formulaire d'évaluation de cette mesure concernant la période du 14 juillet au 29 septembre 2014, daté du 29 septembre 2014, fait état d'une amélioration notable des aptitudes physiques de l'assuré au cours des deux derniers mois, les douleurs ressenties étant semble-t-il moins présentes à force d'activités et de réentraînement, et relève que l'augmentation du temps de travail et des exigences en terme de production n'avaient apparemment pas eu d'incidence visible sur son état physique et n'avaient pas entraîné une augmentation des douleurs. Il y est également indiqué que le passage à un horaire de travail de 5 heures par jour s'était déroulé avec aisance et aurait permis une réduction des douleurs dorsales par l'augmentation de l'activité et que l'assuré rencontrait parfois des difficultés à surmonter la pression et le rendement demandé, parvenant toutefois à se maintenir en activité et à augmenter la production. Ce document mentionne enfin que l'intéressé semblait trouver un certain bénéfice à être en activité, une évolution positive dans les interactions sociales ayant été observée.

Par communication du 7 octobre 2014, l'OAI a informé l'assuré de la prolongation de la mesure d'entraînement progressif du 3 septembre au 2 décembre 2014.

Le formulaire d'évaluation de cette mesure concernant la période du 29 septembre au 25 novembre 2014, daté du 25 novembre 2014, indique que les aptitudes manuelles et la résistance de l'assuré étaient susceptibles d'être exploitées dans un environnement productif économique en entreprise. Il est mentionné que dès le mois de novembre 2014, le temps de travail de l'assuré était passé à 7 heures par jour et que cette augmentation s'était déroulée avec aisance et aurait même permis une réduction des douleurs dorsales. Il est également précisé que les quelques difficultés physiques épisodiques au niveau dorsal qui avaient été relevées ne péjoraient pas la réalisation des activités, l'intéressé parvenant à se maintenir au travail durant 7 heures par jour sans que cela n'engendre des douleurs excessives, pour autant qu'il puisse alterner les positions assise et debout ou se maintenir en mouvement pour les limiter. Il est encore indiqué qu'il était parvenu à porter des charges et à utiliser des machines entraînant des vibrations. S'agissant de l'augmentation de l'aptitude au travail de 40 à 80% en l'espace de 3 mois, ce document expose que l'assuré rencontrait parfois des difficultés à surmonter la pression et le rendement demandé, mais qu'il parvenait toutefois à se maintenir en activité et à augmenter la production.

Dans son rapport final du 2 décembre 2014, auquel était annexé une fiche de calcul du salaire exigible, la psychologue du REA a retenu une incapacité de travail totale de l'assuré dans son activité habituelle et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Comparant le revenu annuel sans invalidité qu'aurait pu réaliser l'intéressé dans son ancienne activité, soit 62'547 fr. 78 (indexé à 2012), et le revenu annuel d'invalidé théorique (selon les données statistiques de l'Enquête sur la structure des salaires [ESS] de l'Office fédéral de la statistique) qu'il pourrait réaliser compte tenu d'un abattement de 10% (prenant en considération ses limitations fonctionnelles ainsi que sa nationalité et son permis C), soit 59'875 fr., elle a calculé la perte de gain à un montant de 2'672 fr. 78, correspondant à un degré d'invalidité de 4.27%. Elle a enfin indiqué qu'il n'y avait pas lieu d'accorder l'aide au placement en faveur de l'assuré dans la mesure où sa problématique

socioéconomique ne lui permettait pas de s'inscrire dans une démarche de réinsertion professionnelle.

Le 22 décembre 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui accordant une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} février au 31 mai 2012.

Par décision du 25 mars 2015, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} février au 31 mai 2012, en faveur de l'assuré. L'Office a considéré que l'intéressé présentait une incapacité de travail dès le 4 janvier 2011, date à laquelle a été fixé le début du délai d'attente d'une année, qui est arrivé à échéance le 4 janvier 2012. A cette date, l'OAI a constaté que l'assuré présentait une incapacité de travail totale, dans toute activité, et a fait débiter le droit à une rente entière le 1^{er} février 2012, soit six mois après le dépôt de la demande de prestation AI du 5 août 2011. Considérant que l'intéressé présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès mars 2012, l'Office a limité l'octroi de la rente au 31 mai 2012, soit 3 mois après l'amélioration de son état de santé. L'OAI a nié le droit à une rente pour la période postérieure dès lors que le degré d'invalidité calculé dans le rapport final du REA du 2 décembre 2014 était inférieur à 40%.

B. Par acte du 20 avril 2015, N._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps, faisant valoir que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une activité, même adaptée. Il a notamment expliqué qu'il était désormais suivi au plan psychique par le Dr [...] et que sa situation personnelle et économique l'avait amené à être accueilli depuis le 2 mars 2015 auprès du Foyer [...], à [...].

Par décision du 18 mai 2015, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire dans la mesure d'une

exonération des frais judiciaires et des avances de ceux-ci, avec effet au 13 mai 2015.

Dans sa réponse du 15 juin 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 25 mars 2015, faisant valoir que la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée dès mars 2012 retenue dans sa décision était conforme aux conclusions du rapport d'expertise du Dr W. _____.

E n d r o i t :

1. Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 mai 2012.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : 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), 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 au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens des art. 59 al. 2 bis LAI et 49 al. 2 RAI (règlement fédéral

du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2 ; TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 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 ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées).

c) Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'article 17 al. 1 LPGA (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3). Selon cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement

important. Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3).

Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (TF 9C_394/2010 du 24 février 2011 consid. 3.2 et les références citées).

4. Le recourant conteste que son état de santé lui permette de reprendre une activité, même adaptée.

En l'espèce, il ressort des différents rapports médicaux au dossier que l'intéressé souffre de lombalgies avec une cruralgie irritative droite et présente une sévère malformation congénitale du rachis lombaire marquée notamment par une scoliose. Comme l'ont relevé les Drs Q._____ et W._____, ces pathologies ont entraîné une incapacité de travail totale et définitive dans sa dernière activité d'homme à tout faire dès le 4 janvier 2011.

Le seul médecin à s'être prononcé sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est le Dr W._____ dans son rapport d'expertise du 17 octobre 2013. Sur la base d'un examen clinique de son patient du même jour et de l'ensemble des pièces du dossier, ce praticien a exposé que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} mars 2012, sans diminution de rendement. Cette date a été retenue car elle correspondait à la fin des investigations de la pathologie rachidienne par le Service de neurochirurgie du S._____, qui n'avait pas prévu d'intervention chirurgicale, et des investigations de la pathologie neurologique, qui n'ont pas amené de proposition thérapeutique. Le Dr W._____ a du reste indiqué qu'en l'espace d'une année, le traitement

antalgique et le repos associés avaient permis de stabiliser la situation clinique, la faiblesse du membre supérieur gauche ayant disparu. Il a constaté des discordances entre la faiblesse musculaire annoncée et la force observée, relevant la possibilité pour son patient d'effectuer, sur une courte distance, une marche sur les talons ou sur les pointes, tout comme la possibilité de monter et descendre de la table d'examen sans peine à plusieurs reprises, ce qui contrastait avec la quasi impossibilité de mobiliser le genou, la cheville et la hanche droites lors des tests de force musculaire. Quant aux limitations fonctionnelles, ce praticien a exposé que le recourant ne devait pas porter de charge de plus de 5 kg, ne devait pas effectuer de travail au dessus des épaules ou sur des lieux élevés, ni en porte-à-faux ou en rotation du tronc, qu'il ne devait pas effectuer des déplacements de plus de 1'000 mètres par jour ou en terrain irrégulier, ni des montées répétitives d'escaliers, qu'il ne devait pas travailler en position accroupie ou à genoux. Il a également indiqué qu'une alternance des positions était nécessaire, proscrivant les positions statiques prolongées debout ou assis. Ces limitations fonctionnelles correspondent d'ailleurs à celles décrites par les Drs Z._____ et P._____ dans leurs rapports respectifs des 18 décembre 2011 et 5 novembre 2013.

Les conclusions du rapport d'expertise du Dr W._____ sont pleinement convaincantes. Ce praticien a en effet décrit précisément l'anamnèse de son patient, détaillé de manière circonstanciée le contexte médical, examiné toutes les pièces au dossier et procédé à des examens complets pour poser des conclusions claires, motivées et dénuées de contradictions. Son rapport d'expertise répond donc aux réquisits jurisprudentiels décrits ci-dessus (*cf. supra* consid. 3b) permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Aucun élément médical ultérieur ne vient au demeurant contredire ses observations et conclusions.

En outre, il ressort des différents rapports d'évaluation successivement établis par l'association R._____ concernant les mesures d'entraînement à l'endurance ayant eu lieu entre le 3 mars et le 2 décembre 2014 que le recourant dispose d'une capacité de travail qu'il peut mettre à profit. Il a en effet été relevé une amélioration notable de

ses aptitudes physiques, que l'augmentation de la charge et du temps de travail s'était déroulée avec aisance sans entraîner d'augmentation des douleurs et que l'intéressé semblait disposer de compétences dans des activités exigeant précision et finesse, conservant ainsi un certain niveau d'employabilité en terme de compétences professionnelles. Il y est également indiqué que les aptitudes manuelles et la résistance de l'intéressé étaient susceptibles d'être exploitées dans un environnement productif économique en entreprise. Les limitations fonctionnelles dont font état ces rapports correspondent à celles décrites par le Dr W._____, soit en particulier éviter le port de charges de plus de 5 kg, le travail en porte-à-faux ou en rotation du tronc et les positions statiques, au profit d'une alternance des positions.

Le dossier ne contient par ailleurs aucun rapport médical relatant des éléments objectivement vérifiables concernant l'état de santé du recourant avant l'expertise du Dr W._____ qui aurait été ignoré par ce praticien et de nature à l'amener à modifier ses conclusions quant à la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée.

Au vu de ce qui vient d'être exposé, il convient de retenir, à l'instar de l'intimé, que si le recourant ne peut plus du tout exercer son activité habituelle d'homme à tout faire, ce qui n'est pas contesté, sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est entière depuis le 1^{er} mars 2012.

Le recourant fait également état dans son recours d'un suivi psychiatrique.

En l'occurrence toutefois, aucun élément médical antérieur à la prise de décision de l'intimé ne vient étayer ce suivi. Or, de jurisprudence constante (entre autres TF 9C_967/2009 du 2 juin 2010 consid. 3.1), le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et

ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b).

5. a) Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalide), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (TFA U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/cc). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, 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, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

b) En l'espèce, le salaire sans invalidité a été fixé à 62'547 fr. 78, ce qui n'est pas contesté, ni contestable. Quant au revenu d'invalidé, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose d'aucune formation professionnelle, il doit être déterminé selon les données statistiques de l'ESS en se référant au revenu mensuel brut pour une activité simple et répétitive.

Cela étant, il convient de relever que le montant du revenu d'invalidé déterminé par l'intimé dans le cadre de la comparaison des revenus, sans autres explications qu'une référence aux données statistiques de l'ESS et un abattement de 10%, soit 59'875 fr., paraît erroné. Il convient donc de procéder d'office à la détermination du revenu d'invalidé du recourant, puis à la rectification du calcul opéré pour déterminer son taux d'invalidité et son éventuel droit à une rente postérieurement au 31 mai 2012.

Selon l'ESS 2012 (TA1 tirage skill level), année d'ouverture du droit à la rente temporaire, le salaire mensuel d'un homme pour des tâches physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1) s'élève à 5'210 fr., soit 5'431 fr. 45 ($5'210 \times 41.7 : 40$) en tenant compte de la moyenne usuelle de travail de 41.7 heures dans les entreprises en 2012. Le revenu d'invalidé du recourant correspond ainsi à ce dernier montant annualisé, sur lequel il y a lieu de procéder à l'abattement de 10% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, de sa nationalité et de son permis C, soit un montant de 58'659 fr. 70 ($5'431.45 \times 12 - 10\%$). La comparaison de ce revenu d'invalidé avec le revenu sans invalidité initialement retenu par l'intimé fait apparaître une perte de gain de 3'888 fr. 08 ($62'547.78 - 58'659.70$), correspondant à un taux d'invalidité de 6.21% ($3'888.08 \times 100 : 62'547.78$), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à une mesure de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 al. 1 LAI. Il en irait de même si l'on retenait un abattement plus élevé, soit par exemple de 15%, lequel serait quoi qu'il en soit manifestement injustifié compte tenu de la situation concrète du recourant. En effet, un tel abattement conduirait à un revenu d'invalidé de 55'400 fr. 80 ($5'431.45 \times 12 - 15\%$) et la comparaison de ce montant avec le revenu

sans invalidité ferait apparaître une perte de gain de 7'146 fr. 98 (62'547.78 - 55'400.80), correspondant à un taux d'invalidité de 11.42% ($7'146.98 \times 100 : 62'547.78$), également insuffisant pour ouvrir de tels droits.

On relèvera ici que compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier -, il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à la pathologie du recourant et accessibles sans formation particulière (*cf.* TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). Il a en outre déjà été tenu compte de la nationalité et de l'autorisation d'établissement du recourant dans le cadre de la détermination de l'abattement de 10%, étant précisé qu'au vu des circonstances concrètes, cet abattement ne prête pas le flanc à la critique et ne peut être que confirmé.

La référence aux données statistiques de l'ESS 2010 (TA1), indexées à 2012 au vu de l'année d'ouverture du droit à la rente temporaire, pour déterminer le revenu d'invalidé du recourant, n'apporte pas une solution différente. Selon ces dernières, le salaire mensuel d'un homme pour des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) s'élève à 4'901 fr, soit 5'097 fr. 05 ($4'901 \times 41.6 : 40$) en tenant compte de la moyenne usuelle de travail de 41.6 heures dans les entreprises en 2010. Après annualisation et indexation de 2010 à 2011 (+ 1%) puis de 2011 à 2012 (+ 0.8%) et compte tenu de l'abattement de 10%, le revenu d'invalidé doit dans ce cas être fixé à 56'043 fr. 45 ($5'097.05 \times 12 + 1\% + 0.8\% - 10\%$). La comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité fait apparaître une perte de gain de 6'504 fr. 33 (62'547.78 - 56'043.45), correspondant à un taux d'invalidité de 10.39% ($6'504.33 \times 100 : 62'547.78$), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à une mesure de reclassement professionnel. Il en irait de même si l'on retenait un abattement de 15% dans la mesure où le taux d'invalidité serait de 15.37%.

Le recourant ne peut dès lors prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité postérieurement au 31 mai 2012.

6. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'il est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais judiciaires et aux avances de ceux-ci, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires. Celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Enfin, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 25 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice mis à la charge de l'Etat.

- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- N. _____,
- 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 :