

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mars 2016

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Pasche et M. Dépraz, juges
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 8 et 28 LAI

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, ressortissant portugais au bénéfice d'un permis C établi en Suisse depuis 1998, marié et père de deux enfants, sans formation professionnelle, a travaillé comme maçon pour le compte de K._____ SA depuis le 2 octobre 2001. L'intéressé a présenté une incapacité totale de travail depuis le 6 novembre 2012 pour des lombo-sciatalgies récidivantes sur hernie discale L5-S1 paramédiane gauche et conflit de la racine S1.

Le 22 mars 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Selon ce document, il a déclaré réaliser un revenu mensuel brut de 5'200 fr. versé 13 fois l'an.

Il ressort d'un « rapport employeur » complété le 2 avril 2013 par K._____ SA que l'assuré a obtenu des revenus annuels de 52'003 fr. 25 en 2011 et 69'233 fr. 80 en 2012, son revenu annuel depuis le 1^{er} janvier 2013 étant de 67'600 francs.

Dans un rapport du 29 avril 2013, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré depuis le 18 août 2000, a diagnostiqué chez son patient, avec effet sur sa capacité de travail, des lombo-sciatalgies récidivantes avec hernie discale L5-S1 paramédiane gauche et fait état d'une incapacité de travail totale depuis le 2 juin 2012. S'agissant des antécédents, il a notamment signalé une prise en charge en 2000 pour une dépendance aux opiacés « qui heureusement, a évolué tout à fait favorablement ». Ce praticien a indiqué que l'intéressé présentait depuis juin 2010 des lombo-sciatalgies à bascule en relation avec une importante discopathie L5-S1, avec hernie discale, qu'il ne pourrait probablement pas continuer dans sa profession de maçon et qu'une reconversion professionnelle s'imposait.

Dans leur rapport du 10 mai 2013, faisant suite à une consultation du 3 avril 2013, les Drs S. _____ et J. _____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont diagnostiqué chez l'assuré des lombalgies chroniques, un status post-sciatalgies droites sur hernie discale L5-S1 droite en 2011 et un status post-sciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1 gauche en 2012. Ils ont relevé que les différentes sciatalgies liées aux hernies discales avaient bien évolué sous infiltration et que les autres disques étaient assez bien conservés.

Le 2 septembre 2013, l'assuré a consulté le Dr P. _____, chef de clinique au Département de rhumatologie du Centre hospitalier Centre hospitalier B. _____. Lors d'un entretien téléphonique avec l'OAI le 24 septembre 2013, ce praticien a relaté que l'intéressé faisait de la physiothérapie à raison de deux séances hebdomadaires. Il a indiqué que la capacité de travail dans l'activité habituelle de maçon était nulle, que la capacité de travail dans une activité adaptée (ex. : gardien) était de 50% pour l'heure mais devrait progressivement augmenter et que les limitations fonctionnelles étaient l'absence de port de charge ainsi que l'alternance des positions.

Il ressort d'une « note de suivi » établie par l'OAI le 7 novembre 2013 que l'assuré avait reçu un courrier de son assurance perte de gain en date du 30 octobre 2013 l'informant qu'il devait reprendre son activité professionnelle le 4 novembre 2013 à 100% (100% de présence avec un rendement de 80%), qu'il s'était présenté au travail mais avait dû l'arrêter à midi en raison de douleurs aux jambes et au dos en lien avec l'activité (activité légère impliquant de monter et descendre des escaliers) et qu'il n'avait pas repris le travail depuis lors car il n'avait pas encore récupéré de l'effort fourni (peine à marcher).

Le 11 novembre 2013, l'assuré a à nouveau consulté le Dr P. _____. Dans son rapport du 12 novembre 2013, ce praticien a diagnostiqué des lombo-pygialgies avec sciatalgies droites dans le cadre d'une protrusion discale large L5/S1 et un déconditionnement physique. Il

a indiqué que le patient signalait des douleurs lombaires basses en barre augmentées lors des postures statiques debout, que la position assise était supportée 30 minutes avant qu'un changement postural ne soit nécessaire, que la position debout stationnaire était difficilement supportée après 10-15 minutes, une limitation de la marche à 15-20 minutes à cause des douleurs lombaires basses, ainsi qu'une irradiation douloureuse dans le membre inférieur droit sur le versant interne et au niveau du hallux. Il a encore relevé que la situation n'avait guère évolué depuis leur dernière entrevue, que la physiothérapie n'avait pas apporté un grand changement sur les plaintes et que le statut neurologique était rassurant avec de bons réflexes ostéo-tendineux et une bonne force. Le Dr P._____ a exposé que l'assuré avait accepté une prise en charge hospitalière et a préconisé la poursuite de la physiothérapie dans l'intervalle.

Dans un « rapport médical détaillé » du 27 décembre 2013, fondé sur un examen du 29 octobre 2013, le Dr L._____ a décrit comme symptômes actuels de l'assuré des persistances de douleurs lombaires d'intensité variable, parfois insomniantes, avec douleurs sous forme de crampes, intéressant surtout le mollet droit, une anxiété variable en relation avec son futur professionnel et une toux chronique. Il a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies récidivantes avec hernie discale L5-S1 paramédiane gauche, un tabagisme chronique et une gastrite à *Helicobacter pylori* éradiquée en 2010. S'agissant des restrictions à prendre en compte dans le cadre d'une activité professionnelle, il a indiqué que l'exposition au froid et à l'humidité était à proscrire, de même que la flexion, le levage et le port de charges fréquents, la montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés, et les risques de chutes, précisant que le travail n'était possible qu'en faisant alterner les postures et en faisant alterner marche, stations debout et position assise.

L'assuré a été hospitalisé à l'Hôpital [...] du Centre hospitalier B._____ dès le 13 janvier 2014.

Il ressort ce qui suit d'un entretien téléphonique du 30 janvier 2014 entre le Dr P. _____ et un collaborateur de l'OAI :

« Le séjour de réadaptation au Centre hospitalier B. _____ a été interrompu au bout de 2 semaines (prévu 3 semaines) faute de progrès.

Constate que l'assuré « s'autolimité » et bloque au niveau de la douleur ce qui ne permet pas de faire un travail de réhabilitation. Relève aussi l'absence de relation thérapeutique : l'assuré n'arrivant pas à entrer dans une démarche de réhabilitation, car il était surtout préoccupé par des soucis économiques (plus d'IJ [indemnité journalière] versée par l'APG [assurance perte de gain] maladie) et des problèmes familiaux. De ce fait il n'est pas disponible psychologiquement pour autre chose.

Evoque une hypersensibilité à la douleur pour expliquer ce comportement.

A rencontré une psychologue au Centre hospitalier B. _____ qui a mis en évidence un haut niveau d'anxiété et beaucoup d'appréhension par rapport au futur.

Sur le plan purement somatique, il estime qu'il n'y a plus de capacité de travail dans son activité habituelle (maçon) mais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Néanmoins, estime que son état psychique actuel restreint cette capacité de travail.

Au niveau des limitations fonctionnelles, il met en avant le fait d'éviter un environnement stressant ainsi qu'un port de charge limité à 5-7 kg. ».

Par communication du 26 février 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement dès lors que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée et ne permettait pas la mise en œuvre de telles mesures.

Selon rapport du 27 février 2014, le Dr P. _____ a posé le diagnostic, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques dans le cadre d'une protrusion discale large L5/S1. Il a fait état d'une incapacité de travail totale de l'assuré dans son activité habituelle depuis le 6 novembre 2012 et a retenu une probable capacité de travail dans une activité adaptée de 50%, précisant que pour être plus précis, une évaluation des capacités fonctionnelles de l'intéressé devrait être effectuée mais que celle-ci n'avait pas pu avoir lieu. Il a également

indiqué que le traitement stationnaire hospitalier s'était déroulé du 13 au 24 janvier 2014 mais qu'il avait été interrompu « vu que le patient ne pouvait pas s'investir, ayant trop de préoccupations autres que le plan physique (économique, mais aussi social et psychologique) ».

Dans un document indexé par l'OAI le 31 mars 2014, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale qui a repris le suivi de l'assuré, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombo-sciatalgie sur hernie discale L5-S1 à droite et de trouble anxio-dépressif chronique. Il a indiqué que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis novembre 2012 et que la capacité de travail dans une activité adaptée était difficilement envisageable mais en tout cas inférieure à 40% depuis 2012. S'agissant des limitations fonctionnelles, ce praticien a évoqué la marche, le port de poids impossible, la position assise prolongée et une baisse de concentration. Il a enfin indiqué que les traitements en cours avaient une « compliance excellente ».

Dans son rapport du 16 juin 2014, la Dresse D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assuré, a diagnostiqué chez son patient, avec effet sur sa capacité de travail, un « probable trouble de personnalité sans précision » depuis l'adolescence. Elle a précisé suivre l'intéressé en psychothérapie depuis le 24 avril 2013 suite à un état dépressif lié à son arrêt de travail en novembre 2012. Elle a exposé que pendant sa jeunesse, l'assuré avait traversé une période très difficile où il avait été toxicodépendant et qu'il avait pu s'en sortir suite à un traitement et avec l'aide de sa femme qui l'aurait beaucoup soutenu. Cette praticienne a également constaté que son patient se plaignait incessamment d'un état douloureux qui aurait tendance à s'aggraver, qu'il avait déclaré « j'ai le moral très bas, je n'ai jamais aimé être dépendant d'autrui », qu'il ressassait tout ce qui lui était arrivé concernant son état de santé et se sentait très en soucis par rapport à son avenir, que très stressé sur le plan émotionnel, la poitrine serrée, il devenait vite altéré au moindre mot de travers, qu'il explosait facilement et que son sommeil serait très perturbé à cause de crampes aux jambes

très régulières qui le réveilleraient malgré la prise de deux comprimés de Trittico chaque soir. Elle a précisé que le discours de l'assuré était invariablement pessimiste et plaintif et indiqué que le pronostic n'était pas favorable, son état psychique et physique étant invariablement le même. Sous la rubrique « médication actuelle », la Dresse D._____ a relaté la prise d'un comprimé de 100 mg de Trittico deux fois par jour, de Tramadol deux fois par jour, de 15 gouttes de Tramal trois fois par jour et de 6 mg de Siradul. Elle a fait état d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle en raison d'un état douloureux persistant. Cette praticienne ne s'est pas prononcée sur les questions de savoir si cette restriction pouvait être réduite par des mesures médicales et si l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail, renvoyant à l'avis des « médecins somaticiens » sur ces points. Dans l'annexe à son rapport, elle a fait état à titre de limitations fonctionnelles dont il fallait tenir compte de difficultés relationnelles ressenties par le patient, d'une hostilité ou agressivité, de difficultés dans la gestion des émotions, de difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne en raison des douleurs physiques et d'une hypersensibilité au stress. Les capacités d'orientation, de concentration/attention, de compréhension, mnésiques, d'organisation/planification et d'adaptation au changement de l'assuré n'ont pas été qualifiées de limitées. Elle a enfin exposé que des activités exigeant une grande autonomie, impliquant du stress ou exigeant de la rapidité n'étaient plus possibles, au contraire des activités exigeant de la précision, et que des activités impliquant des tâches complexes étaient possibles de manières fluctuante.

L'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (SMR). Dans leur avis du 22 juillet 2014, les Drs [...] et K._____, spécialistes en médecine interne générale, ont suggéré la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et psychiatrique afin de pouvoir se prononcer sur l'exigibilité professionnelle dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles.

Par communications du 4 août 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'une expertise médicale orthopédique d'une part et une expertise médicale psychiatrique d'autre part allaient être organisées afin de clarifier son droit aux prestations.

Le 11 novembre 2014, l'assuré a été examiné par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport d'expertise de chirurgie orthopédique du même jour, ce praticien a posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de hernie discale L5/S1 sans atteinte neurologique, diagnostic posé à l'imagerie de l'année 2010 et du 13 novembre 2012 (seule imagerie mise à disposition de l'expert). Sous la rubrique « appréciation du cas et pronostic », il a notamment exposé ce qui suit :

« De la situation actuelle

Les plaintes de l'assuré sont centrées sur les lombalgies et les douleurs du membre inférieur droit.

L'examen clinique est rassurant. Les amplitudes du rachis sont certes limitées en flexion antérieure, mais restent dans des secteurs fonctionnels. Des dysesthésies sont relevées sur les bords interne et externe du pied droit, sans déficit sensitif ou moteur. Le signe de Lasègue est positif dès 30° de façon bilatérale. Ceci est en nette contradiction avec une flexion des deux hanches à 100° en position assise au bord du lit, l'absence d'anomalie à la manœuvre de Beevor et simplement la possibilité de s'asseoir au plan du lit à membres inférieurs en extension. On est également surpris de la subite amélioration de la mobilité globale de l'assuré, pourtant bien ralentie au moment de l'examen, afin de stopper la sonnerie de son Natel. L'amplification des plaintes est retenue. L'examen des hanches et des genoux donne des résultats dans la limite de la norme. On relève que 4 signes de non organicité de G. Waddell sont positifs et que l'assuré « estime inutile » (*dixit*) d'apporter toute l'imagerie du rachis, malgré la demande écrite. Les lombalgies sont donc à mettre en relation avec la maladie discale L5/S1. ».

S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr W._____ a indiqué qu'il convenait de ne pas placer le rachis lombaire dans des conditions biomécaniques qui pouvaient aggraver la lésion discale L5/S1, soit, d'une part, éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente des activités qui impliquent de soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 15 à 25 kg, de travailler en position accroupie, d'effectuer des

mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne lombaire, et de subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale (provoquées par du matériel roulant sans suspension par exemple) et, d'autre part, éviter les activités qui impliquent de soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 à 15 kg, d'effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, extension ou de torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude, de monter fréquemment plusieurs escaliers, et de marcher en terrain accidenté ou glissant. En définitive, ce praticien a retenu une incapacité de travail totale de l'assuré dans sa dernière activité de maçon depuis le 5 novembre 2012 et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis cette même date. Il a encore relevé que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel étaient envisageables, précisant ce qui suit : « néanmoins, il semble loisible de tenir compte de la contradiction constatée lors de l'examen clinique, de l'amplification des plaintes et de la demande de rente exprimée par l'assuré en fin d'expertise ». Il a notamment exposé sous la rubrique « remarques » que l'assuré attendait une rente de la part de l'assurance-invalidité et qu'il voulait néanmoins bien essayer de travailler en fonction du travail que l'OAI lui fournirait.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 21 novembre 2014, le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de « trouble anxieux et dépressif mixte, actuellement relativement bien compensé, réactionnel à une atteinte somatique (F41.2) », précisant à cet égard ce qui suit :

« A l'instar de la notion de dysthymie, il s'agit de fluctuation de l'état émotionnel de l'assuré, insuffisante en intensité et durée pour faire des diagnostics séparés dans le registre de dépression ou d'anxiété.

Cette problématique a un lien avec l'atteinte somatique. Il n'y a pas de maladie psychiatrique indépendante.
En lien avec ces constats, il n'existe aucune incapacité de travail ni diminution de rendement sur le plan psychiatrique.

En ce qui concerne le passé, nous n'avons aucun indice qu'il y a eu une décompensation plus grave et plus longue ou indépendante qui ait existé. Il est possible que l'assuré était antérieurement plus nerveux, plus facilement énervé et que l'approche thérapeutique, la médication de Trittico et ses propres réflexions aient participé à un adoucissement des symptômes.

Nous sommes au fond dans une de ces situations quasi « classiques » où un homme qui a construit sa vie sur ses capacités physiques a été amené à chercher et accepter d'autres activités. Il est de ce fait un peu dans le dilemme « avancer ou reculer » et nous avons senti chez lui un peu les deux. Une partie était (vaguement) en direction d'acceptation de recherche d'activité alternative, une autre plutôt sceptique, avec des tendances régressives et aussi dramatisantes. C'est au fond le futur proche et l'évaluation fonctionnelle des capacités qui vont être déterminants. ».

S'agissant du passé de toxicodépendance de l'assuré, le Dr T._____ a relevé qu'il s'agissait dans l'ensemble d'une toxicomanie primaire et d'un chapitre clos depuis un certain temps. Ce praticien a enfin répondu comme suit aux questions qui lui ont été posées :

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

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

Au plan physique

Réponse : Veuillez-vous référer aux données somatiques

Au plan psychique et mental

Réponse : Pas de limitations objectives et significatives

Au plan social

Réponse : Pas de limitations objectives et significatives

2. Influences des troubles sur la capacité exercée jusqu'ici

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

Réponse : Il n'y a pas d'impact sur la capacité de travail.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

Réponse : Elle est théoriquement entière sur le plan psychique.

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

Réponse : Théoriquement oui.

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

Réponse : Non sur le plan psychiatrique

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

Réponse : Peut-être au début de son atteinte, mais ceci était par la suite très fluctuant.

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

Réponse : Elle a diminué

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Réponse : Oui

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Réponse : Pas nécessaire sur le plan psychiatrique

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

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Réponse : Question caduque pour la partie psychiatrique

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

Réponse : Question caduque

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

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 nouvelle activité ?

Réponse : Oui, l'assuré peut assumer toutes les activités accessibles avec ses formations et expériences professionnelles

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

Réponse : Plein temps

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

Réponse : Non

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

Réponse : Question caduque

Remarques et/ou autres questions :

Réponse : Néant ».

Dans son rapport du 15 janvier 2015, la Dresse K. _____ du SMR, à qui les rapports d'expertise précités ont été soumis, a retenu, comme atteinte principale à la santé, des lombo-sciatalgies récidivantes sur hernie discale L5-S1, sans déficit neurologique, et, comme facteurs/diagnostics associés qui n'étaient pas du ressort de l'AI, un trouble anxieux et dépressif mixte actuellement relativement bien compensé, réactionnel à une atteinte somatique. Elle a indiqué que depuis le 5 novembre 2012, l'assuré présentait, d'une part, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de maçon et, d'autre part, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit « soulever/porter/pousser/tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 à 15 kg, effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion/extension/torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude ; travail en position accroupie ; ramper, grimper, monter fréquemment plusieurs escaliers ; subir des vibrations de basse fréquence ou de contrecoups à la colonne vertébrale provoqués par du matériel roulant, sans suspension par ex ; déplacement en terrain accidenté ou glissant ».

Dans un projet de décision du 22 janvier 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré selon la motivation suivante :

« Résultat de nos constatations :

Le 22.03.2013, vous avez déposé une demande de prestations AI.

Vous exercez l'activité habituelle de maçon

En raison de votre atteinte à la santé votre capacité de travail est considérablement restreinte depuis le 06.11.2012 (début du délai d'attente d'une année)

Au vu des éléments médicaux en notre possession, dont les rapports établis par les experts mandatés par l'AI, votre incapacité de travail reste entière dans votre activité habituelle à la fin du délai d'attente d'un an, soit le 06.11.2013.

A cette date, l'exercice à 100 % d'une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles est pleinement exigible.

Nous comprenons par adapté, tout poste de travail qui ne vous impose pas de :

- Soulever/porter/pousser/tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 à 15 kg,
- Effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion/extension/torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude
- Travailler en position accroupie, ramper, grimper
- Monter fréquemment plusieurs escaliers ;
- Subir des vibrations de basse fréquence ou de contrecoups à la colonne vertébrale provoqués par du matériel roulant, sans suspension par exemple lors de déplacement en terrain accidenté ou glissant.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, CHF 5'210.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA1 ; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2013 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'431.43 (CHF 5'210.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 65'177.10.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013 (+ 0.7 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 65'633.34 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 62'351,67

Sans atteinte à la santé et dans votre activité habituelle de maçon, vous pourriez prétendre au revenu annuel de CHF 67'600.00 en 2013

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	67'600.00			
avec invalidité	CHF	62'351.67			
La perte de gain s'élève à	CHF	5'248.33	=	un	degré
d'invalidité de 7.76 %					

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. ».

Par décision du 9 mars 2015, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 22 janvier 2015 rejetant la demande de l'assuré.

B. Par acte du 27 avril 2015, H._____, représenté par Procap Suisse, Service juridique, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire avec volets psychiatrique et somatique et au constat de son droit aux prestations, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, et en tout état de cause au renvoi du dossier à l'intimé pour examen du droit aux mesures professionnelles. Il a par ailleurs requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice et aux avances de ceux-ci. Le recourant a exposé avoir débuté un suivi psychiatrique auprès de la Dresse Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en février 2015 et a notamment produit un rapport du 2 avril 2015 de cette praticienne, aux termes duquel un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) » a été diagnostiqué. Ce document expose en outre ce qui suit :

« 4. Pronostic

Le pronostic n'est pas favorable. Depuis plusieurs années, M. H._____ souffre des épisodes dépressifs, dont l'intensité a augmenté depuis deux ans.. Après 1,5 ans de psychothérapie (2013-2014) son état ne s'est pas amélioré.

M. H._____ est une personne très enfermée, introvertie et il parle peu. C'est probablement en lien avec ses traits de caractère que le patient a été amené à consommer des drogues dure (cocaïne et héroïne) jusqu'à l'âge (sic) de 30 ans. Le patient a de la peine à parler de cette période, car il en a

honte. Il la décrit comme une période très difficile de sa vie, mais, toutefois il a continué à travailler.

M. H. _____ relate que depuis l'arrêt de la consommation, le travail et la famille ont représenté ses seules occupations. Cependant, le patient décrit, depuis l'arrêt de sa consommation (2000) et jusqu'à l'arrêt de travail en 2012, des épisodes d'anxiété et de tristesse. Il se cachait dans la chambre pour pleurer et il avait perdu les sentiments de plaisir et de désir « j'avais plus envie de rien faire ». Rétrospectivement, il estime que cet état de tristesse était la conséquence des années de consommation. Il a toutefois continué à travailler.

Dès 2011, les douleurs provoquées par son hernie discale ont aggravé sa fragilité psychologique et l'intensité des symptômes dépressifs. Son épouse aurait de la difficulté à supporter cette situation et le conflit conjugal ne fait qu'augmenter la pression psychologique.

5. Discussion

M. H. _____ vient régulièrement aux séances qui se déroulent de façon hebdomadaires. Nous avons introduit une nouvelle médication : Citalopram 20mg/j , Stilnox CR 12,5 mg/j qui a peu d'effet sur la thymie.

Nous nous retrouvons devant un patient qui a travaillé dès l'âge de 13 ans et jusqu'à ses 42 ans, donc durant 29 ans. Le travail a été toujours une source de valorisation pour M. H. _____, même dans la période de toxicodépendance. Le fait qu'il a présenté plusieurs épisodes dépressifs après l'arrêt des drogues, pourrait être expliqué par le fait que cette consommation avait une fonction d'automédication par rapport à un trouble dysthymique qui existait avant le début de la consommation. M. H. _____ a honte de parler de cette période de sa vie et c'est probablement pour cela qu'il n'a pas donné tous les détails à l'expert.

M. H. _____ est une personne qui parle peu et qui n'a pas tendance à exagérer ses troubles. Il a besoin d'une période d'accommodation afin qu'il puisse être en confiance et se livrer. Il arrive difficilement à parler et à décrire ses émotions et les symptômes liés à la sphère affective.

Les éléments anamnétiques en notre possession nous permettent de considérer que M. H. _____ a présenté des épisodes dépressifs avant l'apparition des douleurs lombaires, ce qui est en contradiction avec les affirmations de l'expert. De même, nous retenons le diagnostic indiqué plus haut et non celui mentionné par l'expert.

M. H. _____ a travaillé depuis très jeune et il explique qu'il se sent épanoui à travers le travail. Actuellement, il a besoin de pouvoir reprendre une activité professionnelle afin de retrouver la confiance dans ses capacités.

La persistance du trouble psychique (trouble dépressif) depuis plusieurs années et le fait que ce trouble existait avant l'apparition des douleurs lombaires nous permet de considérer que ce patient présente une incapacité de travail de 50%, liée à ses limitations fonctionnelles psychiatriques : troubles de la mémoire, asthénie, tristesse, diminution de l'estime de soi, difficultés à se projeter dans l'avenir.

Nous estimons que M. H. _____ devrait pouvoir bénéficier d'une mesure de réadaptation professionnelle, dans un but de réentraînement au travail. ».

A l'appui de ses conclusions, le recourant a exposé en substance que les indications fournies par la Dresse Y. _____ jetaient un doute certain sur le bien-fondé des conclusions du Dr T. _____ : elle n'a pas retenu le même diagnostic, a conclu à une toxicomanie secondaire liée à des traits de caractère, précisant que la consommation avait une fonction d'automédication d'un trouble dysthymique qui existait avant, et a évalué la capacité de travail à 50% compte tenu des limitations psychiatriques.

Par décision du 15 mai 2015, la Juge instructrice 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 27 avril 2015.

Dans sa réponse du 15 juin 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 9 mars 2015. Il a exposé en substance que la Dresse Y. _____ avait une appréciation différente du Dr T. _____ d'un même état de fait, précisant que l'appréciation de cette praticienne ne permettait pas de mettre en cause celle de l'expert. Il a également relevé que l'épisode de toxicomanie du recourant était clos depuis 14 ans et qu'il n'y avait eu aucune récurrence, si bien que la symptomatologie dépressive appréciée par les médecins était totalement détachée de ce parcours de vie. L'intimé a encore exposé que le fait de savoir si des épisodes d'anxiété et de tristesse avaient préexisté ou non à l'affection somatique ne lui semblait plus décisif et que si tel avait été le cas, lesdits épisodes n'avaient quoi qu'il en soit pas été la cause d'une incapacité de travail jusqu'à la survenance du trouble somatique, relevant que c'était cette survenance qui avait été déterminante dans l'avènement du tableau psychiatrique observé.

Par réplique du 6 juillet 2015, le recourant a confirmé les conclusions et développements de son recours. Il a ajouté que

l'amplification de ses plaintes et l'interruption de sa rééducation hospitalière en raison d'un manque d'investissement pour des motifs non somatiques évoquaient l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. Il a également critiqué le revenu hypothétique sans invalidité et l'abattement retenus par l'intimé dans le cadre du calcul de son degré d'invalidité.

Dans sa duplique du 25 août 2015, l'intimé a confirmé ses conclusions et relevé que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'avait été posé par aucun des médecins consultés.

E n d r o i t :

1. a) 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 opposition 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 des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son droit à une rente, respectivement à des mesures d'ordre professionnel.

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 ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable ; lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

b) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale, incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique (TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2). Pour que soit admise une invalidité du chef d'un

comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les références citées ; cf. également TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 et TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4 ; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4).

Lorsqu'une toxicodépendance n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, on emploie parfois la terminologie d'affection « primaire », qui

n'est pas constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (TF 9C_219/2007 du 3 avril 2008 consid. 3).

c) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, *in* SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 et les références citées). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs

d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2).

4. a) 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les

documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicales soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_104/2014 du 10 mai 2014 consid. 4.1).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 3b/aa et les

références citées ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

Selon le Tribunal fédéral, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

5. a) En l'espèce, le recourant soutient que les conclusions de sa psychiatre traitante, la Dresse Y._____, mettent en doute le bien-fondé de celles du Dr T._____, en particulier quant au diagnostic posé et à l'influence de sa toxicomanie passée sur ses troubles actuels.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 21 novembre 2014, le Dr T._____ a retenu le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de « trouble anxieux et dépressif mixte, actuellement relativement bien compensé, réactionnel à une atteinte somatique (F41.2) », précisant qu'il s'agissait d'une fluctuation de l'état émotionnel du recourant, insuffisante en intensité et en durée pour retenir des diagnostics séparés dans le registre de la dépression ou de l'anxiété. Il a exposé que cette problématique avait un lien avec l'atteinte somatique et qu'il n'y avait pas de maladie psychiatrique indépendante. Il a relevé qu'il n'existait aucune incapacité de travail ni diminution de rendement sur le plan psychiatrique en lien avec ces constats et précisé que le recourant pouvait assumer toutes les activités accessibles avec ses formations et expériences professionnelles. Ce praticien a encore expliqué qu'il s'agissait d'une situation « quasi classique » où un homme qui a construit sa vie sur ses capacités physiques a été amené à chercher et accepter d'autres activités et qui de ce fait se trouvait dans le dilemme « avancer ou reculer ». Quant au passé de toxicodépendance du recourant, le Dr

T._____ a indiqué qu'il s'agissait dans l'ensemble d'une toxicomanie primaire et d'un chapitre clos depuis un certain temps.

Dans son rapport du 2 avril 2015, la Dresse Y._____, psychiatre traitant du recourant depuis février 2015, a retenu le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) » et a exposé que son patient avait déjà enduré des épisodes dépressifs avant l'apparition des douleurs lombaires. Elle a considéré que le recourant présentait une incapacité de travail de 50%, liée à ses limitations psychiatriques (troubles de la mémoire, asthénie, tristesse, diminution de l'estime de soi, difficultés à se projeter dans l'avenir), en raison de la persistance du trouble dépressif depuis plusieurs années et du fait que ce trouble existait avant l'apparition des douleurs lombaires. S'agissant de la toxicomanie passée de son patient, elle a expliqué que l'intéressé lui avait décrit des épisodes d'anxiété et de tristesse entre l'arrêt de sa consommation en 2000 et son arrêt de travail en 2012 : il se cachait dans sa chambre pour pleurer et avait perdu les sentiments de plaisir et de désir. La Dresse Y._____ a relevé que le fait qu'il ait présenté plusieurs épisodes dépressifs après l'arrêt de sa consommation en 2000 « pourrait être expliqué par le fait que cette consommation avait une fonction d'automédication par rapport à un trouble dysthymique qui existait avant le début » de celle-ci. Elle a relaté que le recourant estimait rétrospectivement que l'état de tristesse présenté était la conséquence de ses années de consommation. Elle a encore précisé que l'intéressé avait honte de parler de cette période de sa vie et que c'était probablement pour cela qu'il n'avait pas donné tous les détails à l'expert T._____.

On relève en premier lieu que la Dresse Y._____ n'est pas aussi catégorique que le prétend le recourant dès lors qu'elle n'a pas expressément conclu à une toxicomanie secondaire liée à des traits de caractère. Elle s'est contentée d'indiquer que les épisodes dépressifs relatés depuis l'arrêt de sa consommation en 2000 – dont l'intéressé n'a au demeurant jamais fait état auparavant – « pourrai[en]t être expliqués » par le fait que cette consommation avait une fonction

d'automédication par rapport à un trouble dysthymique qui existait antérieurement. Quoi qu'il en soit, force est d'admettre que la symptomatologie dépressive que présente le recourant est totalement détachée de l'épisode de toxicomanie qu'il a connu par le passé. L'arrêt de sa consommation est intervenu en 2000 et il n'y a pas eu de récurrence depuis lors. Peu importe dès lors le caractère primaire ou secondaire de la toxicomanie. De plus, dans son rapport du 16 juin 2014, la Dresse D._____, précédente psychiatre traitante, n'a pas retenu de lien entre l'état dépressif de son patient et sa toxicomanie passée, et a précisé qu'elle suivait l'intéressé en psychothérapie suite à un état dépressif lié à son arrêt de travail en novembre 2012. Elle a d'ailleurs relevé une incapacité de travail « en raison d'un état douloureux persistant » et non en lien avec une affection psychiatrique. Quant au médecin traitant, le Dr L._____, il n'a pas indiqué que la toxicodépendance du recourant avait eu une quelconque influence sur son état psychique, relevant que cette problématique avait évolué tout à fait favorablement.

Il convient de reconnaître une pleine valeur probante à l'avis du Dr T._____ et de le faire prévaloir sur celui, isolé, de la Dresse Y._____. En effet, ce praticien, expert indépendant et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à des examens complets en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse et a formulé à des conclusions détaillées, convaincantes, dénuées de contradiction et motivées à satisfaction. *A contrario*, la Dresse Y._____ n'a pas fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par l'expert et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions. En outre, en sa qualité de psychiatre traitant, l'avis de cette praticienne doit être apprécié avec réserve dès lors qu'un médecin traitant a généralement tendance, en cas de doute, à se prononcer en faveur de son patient. Les épisodes d'anxiété et de tristesse du recourant entre l'arrêt de sa consommation de drogues en 2000 et son arrêt de travail en 2012, tels que rapportés par la Dresse Y._____, n'ont été relatés ni par le Dr L._____, ni par Dr T._____, ni par la Dresse D._____ avec qui l'intéressé a suivi une psychothérapie pendant plus d'une année, et n'ont pas engendré d'incapacité de travail jusqu'à la survenance du trouble

somatique. Les Drs T._____ et D._____ ont du reste fait état de tels épisodes en lien avec l'affection somatique du patient, qui était stressé et en soucis par rapport à son avenir et son état de santé. Dès lors, comme l'a relevé le Dr T._____, il appert que c'est la survenance de l'atteinte somatique qui a été déterminante dans l'avènement du tableau psychiatrique observé. De plus, selon ce praticien, la fluctuation de l'état émotionnel du recourant n'est pas suffisante en intensité et en durée pour retenir des diagnostics séparés dans le registre de la dépression ou de l'anxiété.

Le recourant évoque encore l'existence potentielle d'un trouble somatoforme douloureux dont il souffrirait. Or, ni le Dr T._____, ni la Dresse Y._____, ni le Dr W._____ n'ont posé un tel diagnostic, préalable indispensable à la preuve d'un tel trouble (*cf. supra* consid. 3c). On relèvera par surabondance que le Dr W._____ a évoqué une amplification des plaintes et l'interruption de la rééducation en raison du manque d'investissement de l'intéressé pour des motifs non somatiques. Ces éléments plaident plutôt en faveur de l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance (*cf. ATF 141 V 281* consid. 2.2).

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, sur le plan psychiatrique, que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans toute activité accessible avec ses formations et expériences professionnelles.

b) Sur le plan orthopédique, le Dr W._____ a retenu une incapacité de travail totale du recourant dans son activité habituelle de maçon depuis le 5 novembre 2012 et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis cette même date. Quant auxdites limitations, il a indiqué que l'intéressé devait, d'une part, éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente des activités qui impliquent de soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 15 à 25 kg, de travailler en position accroupie, d'effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la

colonne lombaire, et de subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale (provoquées par du matériel roulant sans suspension par exemple) et, d'autre part, éviter les activités qui impliquent de soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 à 15 kg, d'effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, extension ou de torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude, de monter fréquemment plusieurs escaliers, et de marcher en terrain accidenté ou glissant.

Il convient également de reconnaître une pleine valeur probante aux conclusions du Dr W._____, dont le rapport d'expertise clair et détaillé a été effectué dans les règles de l'art. Le recourant ne les remet d'ailleurs à juste titre pas en cause.

c) En définitive, il y a lieu de retenir, à l'instar de l'intimé, que le recourant présente, depuis le 5 novembre 2012, d'une part, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de maçon et, d'autre part, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telles que décrites par l'intimé dans sa décision du 9 mars 2015 et qui correspondent à celles qui ont été détaillées par le Dr W._____.

Reste à examiner le degré d'invalidité retenu dans la décision entreprise, dès lors que le recourant a mis en cause des éléments servant de base à son calcul, et, partant, son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

6. 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. 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 (ATF 130 V

43 consid. 3.4 ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1 et les références citées).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente doivent être prises en compte jusqu'au moment où la décision est rendue. Le fait que l'invalidité doit être évaluée au même moment signifie également que lorsque la comparaison des revenus se fonde sur des données statistiques, celles-ci doivent se rapporter à la même année (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; TF I 471/05 du 11 mai 2006 consid. 3.2).

b) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de vraisemblance prépondérante le revenu qu'elle aurait effectivement réalisé si elle était en bonne santé au moment déterminant. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalidé), 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 ; TF 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'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

c) 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 (art. 28 al. 2 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 139 V 399 consid. 5.3 ; ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; ATF 124 V 108 consid. 2b ; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4 ; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2).

7. a) Le recourant critique en premier lieu le revenu annuel hypothétique sans invalidité pris en compte pour l'année 2013 dans le cadre du calcul de son degré d'invalidité, soit 67'600 fr., alléguant que ce montant est inférieur à celui obtenu en 2012 (69'233 fr. 80) et que l'intimé n'a avancé aucune raison permettant de supposer que ses gains, sans problèmes de santé, auraient diminué après 2012.

En l'occurrence, selon le « rapport employeur » du 2 avril 2013, le recourant a obtenu des revenus annuels de 52'003 fr. 25 en 2011 et de 69'233 fr. 80 en 2012, son revenu annuel dès le 1^{er} janvier 2013 s'élevant à 67'600 francs.

On relève au préalable que c'est à juste titre que l'intimé a pris en compte l'année 2013 pour procéder à la comparaison des revenus du recourant, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année depuis son incapacité de travail du 5 novembre 2012 (art. 28 al. 1 let. b LAI). Il s'est ensuite basé sur les données fournies par l'employeur pour évaluer le revenu sans invalidité que l'intéressé aurait gagné en 2013, soit 67'600 francs. Cette approche n'est pas critiquable et il n'y a pas de motif de s'écarter des données fournies par K. _____ SA pour établir ce revenu au degré de vraisemblance prépondérante, étant précisé que ce montant correspond au revenu annoncé par le recourant lui-même dans sa demande de prestations du 22 mars 2013 (5'200 fr. x 13). Le revenu annuel hypothétique sans invalidité pour l'année 2013 de 67'600 fr. retenu par l'intimé peut ainsi être confirmé.

Cela étant, la prise en compte du revenu réalisé en 2012, indexé à 2013, dans le cadre de la comparaison des revenus ne permet de toute manière pas au recourant de pouvoir prétendre à des prestations de l'AI.

En effet, le revenu 2012 de 69'233 fr. 80 indexé à 2013 (+ 0.7%) s'élève à 69'718 fr. 43. La comparaison de cette somme avec le revenu d'invalidé retenu par l'intimé, soit 62'351 fr. 67 – montant qui n'est ni critiqué (hormis la quotité de l'abattement opéré), ni critiquable (*cf. infra* consid. 7b) –, révèle une perte de gain de 7'366 fr. 76 (69'718 fr. 43 - 62'351 fr. 67), correspondant à un degré d'invalidité de 10.56% (7'366 fr. 76 : 69'718 fr. 43 x 100), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

b) Le recourant critique enfin l'abattement de 5% retenu par l'intimé pour déterminer le revenu d'invalidé, qu'il considère insuffisant compte tenu de ses limitations fonctionnelles et désavantages salariaux. A noter que l'intéressé ne remet à juste titre pas en cause le fait que ce revenu ait été déterminé en fonction du salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou

manuelles simples dans le secteur privé (production et services) selon l'ESS 2012 (TA1, niveau de compétence 1), indexé à 2013 et adapté à la moyenne usuelle des horaires de travail dans les entreprises en 2013, soit 65'633 fr. 34.

En l'espèce, il y a lieu de tenir compte du fait que l'intéressé est âgé de 45 ans, qu'il est au bénéfice d'un permis C et qu'il n'a pas de formation professionnelle. En procédant à une évaluation globale des effets de ces circonstances et de ses limitations fonctionnelles sur le plan orthopédique, l'abattement de 5% apparaît correct et ne prête pas le flanc à la critique.

Cela étant, la prise en compte d'un abattement plus élevé, par exemple de 10%, n'ouvrirait pas davantage au recourant le droit à des prestations de l'AI.

En effet, le revenu d'invalidé tel que décrit ci-dessus, réduit d'un abattement de 10%, s'élève à 59'070 fr. (65'633 fr. 34 - 10%). La comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité tel que confirmé *supra* (cf. consid. 7a) révèle une perte de gain de 8'530 fr. (67'600 fr. - 59'070 fr.), correspondant à un degré d'invalidité de 12.61% (8'530 fr. : 67'600 fr. x 100), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

Il en va de même si la comparaison a lieu sur la base du revenu sans invalidité correspondant au revenu 2012 du recourant indexé à 2013 tel que calculé ci-dessus (cf. *supra* consid. 7a), dès lors que la perte de gain s'élèverait à 10'648 fr. 43 (69'718 fr. 43 - 59'070 fr.), correspondant à un degré d'invalidité de 15.27% (10'648 fr. 43 : 69'718 fr. 43 x 100).

Dans ces conditions, la décision de l'intimé de ne pas octroyer de rente d'invalidité ou de mesures de réadaptation au recourant ne peut être que confirmée.

8. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et somatique). La requête en ce sens du recourant doit ainsi être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

9. 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 9 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.

- IV. 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 :

- Procap Suisse, Service juridique (pour H. _____)
- 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 :