

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 novembre 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Dormond Béguelin et M. Riesen, assesseurs
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourant, représenté par Me Karim Hichri, avocat auprès
d'Inclusion Handicap, à Lausanne

et

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

Art. 6, 7, 8, 16 LPGA ; art. 4, 28 al. 2, 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], est arrivé en Suisse en 2009 et a été mis au bénéfice d'un permis C en 2015. Il a travaillé du 1^{er} octobre 2009 au 31 décembre 2011 pour le compte de la société E._____, d'abord en qualité de chef de chantier technicien, puis en qualité de directeur, conducteur de travaux et chef de chantier.

Licencié pour des raisons économiques, l'assuré s'est inscrit au chômage et a été mis au bénéfice d'un délai-cadre d'indemnisation pour la période du 2 janvier 2012 au 1^{er} janvier 2014. En totale incapacité de travail depuis le 6 mars 2013, il a perçu des indemnités journalières de l'assurance perte de gain maladie cantonale vaudoise (APGM) d'avril 2013 à janvier 2014.

Le 3 février 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), faisant état de douleurs lombaires sur discopathies L3-L5 et d'une hernie discale L5-S1 droite prévalant depuis mars 2013. Il a indiqué que son salaire auprès d'E._____ s'élevait à 8'550 francs.

Dans un rapport du 18 février 2014 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr M._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lomboradiculalgies chroniques sur protrusion discale L5-S1 postéromédiane et paramédiane, des deux côtés, sans conflit radiculaire, depuis mars 2013, sur discopathies lombaires étagées et sur arthrose facettaire étagée, ainsi que d'état dépressif réactionnel aux problèmes lombaires, depuis l'été 2013. Le médecin traitant a confirmé une totale incapacité de travail dès le 6 mars 2013. Il a précisé que son patient était affecté des restrictions physiques liées aux lombalgies, à savoir des difficultés de déplacement et une impossibilité de porter des charges, de monter et descendre une échelle, par exemple. Il a observé que sur le plan psychique, l'assuré vivait

très mal la perte de son activité professionnelle et l'inactivité consécutive. Toujours selon le Dr M._____, l'assuré n'était plus en mesure de travailler comme surveillant de chantier, l'activité exercée jusqu'alors n'étant plus exigible. Par contre, dans une activité qu'il maîtrisait et dans laquelle il n'avait pas besoin de se déplacer ou de porter des charges, il pourrait travailler à plein temps. Le Dr M._____ a notamment joint à son rapport des rapports des 28 novembre 2013 et 8 janvier 2014 du G._____ et un rapport du 11 septembre 2013 du Dr Q._____, tous deux chefs de clinique adjoints au Service de rhumatologie du L._____ (ci-après : L._____).

Dans un avis du 31 mars 2014, le Dr X._____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur auprès de K._____, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques multifactorielles dans un contexte de discopathies multi-étagées, d'arthrose facettaire étagée et de déconditionnement physique.

Renseignant l'OAI par le biais d'un questionnaire d'auto-assessment le 9 avril 2014, l'assuré a notamment mentionné être suivi par la psychologue V._____ au Service de psychiatrie de liaison du L._____ depuis novembre 2013.

Le 25 avril 2014, interpellé par l'OAI, le Dr G._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans le cadre de discopathies lombaires basses, d'arthrose facettaire étagée, de déconditionnement physique et psychique et d'état anxieux. Le médecin a attesté une incapacité totale de travail depuis le mois de mars 2013, estimant que l'ancienne activité n'était probablement plus adaptée, en raison des limitations fonctionnelles. Par contre, dans une activité adaptée, le Dr G._____ était d'avis que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50% depuis janvier 2014.

Interpellé par l'OAI, le Dr X._____ lui a fait savoir le 1^{er} mai 2014 qu'il ne souhaitait pas se prononcer sur la capacité de travail des assurés pris en charge au [...], précisant qu'il ne s'associait jamais à

l'évaluation professionnelle ou d'invalidité des patients. Il a joint à son envoi son rapport du 28 février 2014 au Dr M._____, dans lequel il retenait les diagnostics de lombalgies chroniques multifactorielles survenant dans un contexte de discopathies multi-étagées, arthrose facettaire étagée et déconditionnement physique et psychique, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, d'obésité de stade II, d'état anxieux et de status post-opératoire d'hernie ombilicale le 17 janvier 2014 et postérieure en faction de la cicatrice. Au titre de proposition thérapeutique, le Dr X._____ a indiqué que les douleurs ayant un caractère mixte (nociceptives et neuropathiques), il avait introduit un traitement de Saroten retard, susceptible de soulager la symptomatologie neuropathique et d'aider l'assuré à concilier le sommeil.

Dans un rapport à l'OAI du 7 mai 2014, le Dr M._____ a confirmé que l'assuré n'était pas en mesure de reprendre son activité habituelle, dès lors que ses douleurs lombaires et de lombosciatalgie l'empêchaient de porter des charges, de monter sur une échelle et de rester uniquement debout pendant une longue période. L'assuré se déplaçait avec peine dans les terrains escarpés et accidentés, tels que les chantiers, et devait alterner les positions.

L'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce d'orientation professionnelle sous forme de sept à neuf entretiens de bilan de compétences dès le 13 mars 2014 auprès du C._____ (C._____).

Dans un rapport d'IRM lombaire et sacro-iliaque du 16 juin 2014, la Dresse Z._____, radiologue, a constaté qu'au niveau lombaire, l'ensemble du status était sans changement par rapport à mars 2013 et qu'au niveau sacro-iliaque, l'examen était dans les limites de la norme. Il n'y avait pas d'explication à la symptomatologie du patient.

Dans un avis médical du 14 juillet 2014, le Dr H._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a relevé qu'au vu des rapports médicaux en sa possession, l'assuré

présentait une atteinte lombaire relativement peu marquée pour son âge. Il a estimé qu'en raison de ses limitations fonctionnelles, exigeant l'alternance des positions et excluant le port de charges de 15 kg, les porte-à-faux ainsi que l'utilisation régulière d'échelles, l'assuré n'était plus en mesure d'exercer l'activité de maçon, ouvrier de chantier. Par contre, il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ceci « depuis toujours ».

Par communication du 23 juillet 2014, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'un reclassement professionnel, sous forme d'un cours de français privé de niveau C1 auprès d'O. _____ à [...], du 12 août au 19 décembre 2014.

Aux termes d'une note interne du 20 août 2014, l'OAI a estimé que les mesures en cours ne pouvaient être poursuivies, au motif que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR n'empêchaient en définitive pas l'exercice de l'activité habituelle, qui restait exigible à 100%. L'office relevait que le SMR avait cru à tort que l'assuré travaillait en tant que maçon/ouvrier de chantier, alors qu'il occupait le poste de technicien, conducteur de travaux et chef de chantier, lequel restait pleinement adapté à son état de santé. Le salaire perçu (Fr. 8'550.- x 13 en 2011) confirmait selon l'office que l'assuré n'était pas manœuvre sur le terrain.

Par communication du 21 août 2014, l'OAI a accordé à l'assuré une aide au placement, sous forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

Dans un projet de décision du 21 août 2014, l'office a informé l'assuré qu'il envisageait d'annuler sa communication du 23 juillet 2014 et de nier son droit aux mesures professionnelles. Relevant que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de technicien, conducteur de travaux et chef de chantier, l'office estimait que c'était à tort qu'il lui avait accordé un reclassement professionnel. L'OAI entendait refuser le droit aux indemnités journalières durant la mesure,

mais maintenait néanmoins la prise en charge du cours de français litigieux.

Dans un courrier du 5 septembre 2014 à l'OAI, le Dr M. _____ a fait part de son désaccord avec le projet de décision précité, en tant qu'il exigeait de son patient la reprise de son activité habituelle de chef de chantier. Il a indiqué que l'intéressé souffrait de lombalgies depuis le début de l'année précédente, sur une protrusion discale L5-S1. Suivi par le Centre d'Antalgie de K. _____, il prenait quotidiennement plusieurs comprimés de Zaldiar ainsi qu'un soutien de Tramadol pour contrôler le syndrome douloureux, et il était sur le point d'être mis au bénéfice d'une antalgie par radiofréquence. Aux yeux du médecin traitant, il était parfaitement illusoire de penser que l'assuré soit capable d'escalader les échafaudages de chantiers, de marcher sur un sol irrégulier ou de descendre dans une excavation. Son activité habituelle nécessitant également de se déplacer entre les chantiers et de conduire plus d'une centaine de kilomètres par jour, elle était incompatible avec la prise de sédatif, comme le Zaldiar et le Tramadol.

Le 2 décembre 2014, alors représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat auprès d'Intégration Handicap (actuellement Inclusion Handicap), l'assuré a transmis à l'OAI un certificat médical établi le 24 novembre 2014 par le Dr G. _____, attestant une totale incapacité de travail depuis mars 2013 et précisant que l'activité dans la construction n'était plus possible, mais qu'une activité adaptée pourrait être exercée à 50% dès janvier 2014.

Le 9 janvier 2015, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il avait trouvé, dès le 4 décembre 2014, un emploi adapté à 50% auprès de l'entreprise F. _____, pour un salaire horaire de 36 fr. 95. Il a produit son contrat de travail, dont il ressortait qu'il était chargé des « métrages, établissement d'offres, facturation, décomptes » et que le travail à domicile était possible au maximum deux fois par semaine. Il a renoncé à l'aide au placement accordée par l'OAI.

Dans un avis du SMR du 13 janvier 2015, les Drs S._____ et J._____ ont estimé qu'on ne discernait objectivement pas pourquoi - sur une base rigoureusement mécanique - on ne pourrait pas admettre que l'assuré travaille à 100% dans une activité adaptée. Toutefois, au vu des avis divergents des Drs M._____ et G._____, ils ont préconisé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique auprès du SMR.

Le 18 février 2015, l'assuré a transmis à l'OAI une attestation médicale du 2 février 2015 émise à son attention par le Dr M._____, lequel s'exprimait en ces termes :

« Pour ses différents problèmes de santé, le médecin soussigné suit régulièrement Monsieur T._____, né le [...], et particulièrement depuis le mois de mars 2013, pour les lombalgies sur la hernie discale L5-S1.

Monsieur T._____ est à l'arrêt de travail complet depuis le 11 mars 2013 et, par des efforts personnels, il a pu retrouver une activité à 50% dans son domaine professionnel, à partir du 4 décembre 2014. Monsieur T._____ a une formation de technicien dans les travaux du bâtiment. Toutefois, les problèmes de lombalgies ne permettent plus à Monsieur T._____ de se déplacer sur les chantiers, de monter et descendre les échafaudages, de marcher sur des terrains de dénivellations différentes.

Monsieur T._____ a trouvé un travail de bureau à 50%, avec la possibilité de travailler deux jours par semaine à son domicile. Grâce à ce travail de bureau, Monsieur T._____ n'a plus besoin de faire des efforts qui sollicitent sa colonne lombaire douloureuse. Toutefois, Monsieur T._____ reste tributaire de la prise régulièrement d'antalgiques : Tramal Retard, 50mg 2 fois par jour, Zaldiar, 2 comprimés à midi, et Tramadol gouttes, selon le besoin.

Dans ces conditions, j'estime que Monsieur T._____ fait face à une activité professionnelle de 50%, qui représente le maximum qu'il peut fournir dans les conditions de santé actuelles. Il faut aussi retenir que c'est Monsieur T._____ qui a trouvé seul cette occupation professionnelle, ce qui est la preuve de sa volonté de retrouver une activité qui corresponde à ses compétences et à ses capacités de santé actuelles. »

Dans un rapport du 10 mars 2015 faisant suite à un examen clinique rhumatologique de la veille, le Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au SMR, a posé le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non déficitaires avec pseudoradiculalgies droites dans le cadre d'une arthrose étagée des articulations postérieures et d'une protrusion discale L4-L5 (M54). Au titre des limitations fonctionnelles, le médecin a

mentionné la marche au-delà de 2 km, le port de charges au-delà de 20 kg, la position debout statique au-delà de trente minutes, la position assise au-delà d'une heure, les mouvements répétitifs de rotation/flexion-extension du rachis lombaire et la position en porte-à-faux lombaire. Le Dr B._____ a notamment indiqué qu'il était concevable que l'activité de directeur, conducteur de travaux et chef de chantier chez E._____ n'était plus exigible en raison des longs trajets en voiture, des positions debout prolongées, de l'accès difficile à certains chantiers impliquant de franchir des échelles et des échafaudages, et qu'il n'y avait donc pas lieu de s'écarter de l'avis du Dr M._____ attestant une incapacité de travail totale dans cette activité depuis le 6 mars 2013 (cf. rapport du 18 février 2014). Par contre, dans une activité adaptée, le Dr B._____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière, depuis le 30 novembre 2013.

Dans un avis du SMR du 17 mars 2015, les Drs S._____ et J._____ se sont ralliés aux conclusions du Dr B._____ et ont estimé que l'activité actuelle de l'assuré, adaptée à ses limitations fonctionnelles, était exigible à 100%.

Par décision du 21 mai 2015, accompagnée d'un courrier explicatif du même jour, l'OAI a refusé le droit à des mesures professionnelles. Maintenant malgré tout la prise en charge du cours de français suivi auprès d'O._____, l'office a nié le droit aux indemnités journalières durant ladite mesure. Suivant l'avis de son service de réadaptation confirmé dans une communication interne du 13 mai 2015, l'OAI a estimé que l'activité habituelle de l'assuré (technicien/conducteur de travaux/chef de chantier, et non ouvrier de chantier) était adaptée aux limitations fonctionnelles arrêtées par le Dr B._____, que dans ce cadre, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dès le 30 novembre 2013, et que dès lors, des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires. L'office a retenu que l'activité exercée par l'assuré auprès de F._____ était également adaptée et exigible à 100%, de sorte que l'assuré serait en mesure de réaliser un revenu annuel de 88'396 fr. en y travaillant à plein temps (39 fr. 95 x 42.5 x 4.33 x 13).

Le 20 juillet 2015, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 16 juin 2015 du Dr M._____, dans lequel le médecin traitant indiquait que son appréciation de l'état de santé de son patient était proche de celle du Dr B._____, mais qu'il n'adhérait pas aux conclusions du médecin du SMR quant à la la capacité de travail. Le Dr M._____ estimait que l'activité de métreur était adaptée à l'état de santé de son patient, voire « idéale » compte tenu des possibilités de travailler à domicile, mais qu'elle n'était pas exigible à plus de 50%, en raison de ses douleurs.

L'assuré a recouru contre la décision du 21 mai 2015 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans le cadre de l'instruction du recours, l'OAI a produit sur requête de la Cour un avis du 1^{er} février 2016 du Dr S._____, lequel se ralliait aux conclusions du Dr B._____ et confirmait son avis du 17 mars 2015, dans le sens d'une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, depuis le 30 novembre 2013.

Par arrêt du 14 juin 2016 (dans la cause AI 177/15 - 148/2016), la Cour de céans a admis le recours de l'assuré et réformé la décision rendue le 21 mai 2015, reconnaissant le droit de l'intéressé à des indemnités journalières durant le cours de français suivi du 12 août au 19 décembre 2014.

Le 9 janvier 2017, le Tribunal fédéral a admis le recours de l'OAI contre la décision de la Cour des assurances sociales du 14 juin 2016 et a confirmé la décision de l'OAI du 21 mai 2015, retenant en substance que dans la mesure où les cours de français avaient eu lieu pendant une heure et demie deux fois par semaine, leur durée ne correspondait pas à trois jours consécutifs au moins, de sorte que les conditions de l'art. 22 LAI (relatif au droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réadaptation) n'étaient pas réunies (TF 9C_501/2016). Cet arrêt a été versé au dossier de la présente cause.

B. Le 7 décembre 2015, l'assuré, toujours représenté par Me Agier, a transmis à l'OAI un certificat médical établi par le Dr M._____

le 26 novembre 2015, attestant que le travail pouvait être repris à 100% le 1^{er} janvier 2016.

Le 18 décembre, le Dr M. _____ a émis un nouveau certificat médical, à tenir duquel le travail pouvait être repris à 50% le 1^{er} janvier 2016, puis à 100% dès le 1^{er} février 2016.

Par avis du 1^{er} février 2016, le Dr S. _____ a relevé que le Dr M. _____ avait concédé que l'activité actuelle était adaptée et n'avait pas contesté les observations faites au cours de l'examen rhumatologique du 9 mars 2015. Faisant état des différentes incapacités de travail attestées par le médecin traitant, le Dr S. _____ a observé que leur fluctuation sans arguments médicaux était « étrange » et ne permettait pas de contester les conclusions étayées du Dr B. _____.

Par projet de décision du 9 février 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, en retenant pour l'essentiel qu'après avoir présenté une incapacité de travail totale depuis le 6 mars 2013, l'assuré avait recouvré une capacité de travail entière depuis fin novembre 2013 (fin du traitement de rééducation intensive multidisciplinaire au L. _____) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'activité exercée à 50% depuis le 4 décembre 2014 auprès de F. _____ étant adaptée, elle était exigible à 100%. Tel était également le cas de son ancienne activité de directeur, conducteur de travaux et chef de chantier. Ainsi, en août 2014, six mois après le dépôt de sa demande de prestations, l'assuré ne présentait pas d'invalidité ; il n'avait dès lors pas le droit à une rente d'invalidité.

Le 10 février 2016, le conseil de l'assuré a adressé à l'OAI un certificat médical du 1^{er} février 2016 du Dr M. _____, selon lequel l'intéressé présentait une incapacité de travail de 50% dès le 1^{er} février 2016 et pourrait reprendre le travail à 100% dès le 1^{er} mars 2016.

Le 31 mars 2016, l'assuré, par son conseil, a fait part de ses objections au projet de décision du 9 février 2016. Il a fait valoir que

l'activité exercée actuellement n'était pas exigible à 100%, puisqu'elle impliquait des déplacements parfois de longue durée, pour l'établissement des métrés, ainsi que des mouvements pouvant entrer en contradiction avec ses restrictions fonctionnelles. Le fait qu'il doive prendre un analgésique relativement puissant quotidiennement pour faire face à ses douleurs lombaires et répondre aux exigences d'un travail à plein temps plaidait selon lui dans le sens d'une capacité de travail ne dépassant pas 50%. L'assuré a en outre requis la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires s'agissant de la composante non organique de ses plaintes, mentionnée par le Dr B._____. Enfin, sur le plan économique, il estime que compte tenu de sa situation personnelle, un abattement de 20% devrait être pris en compte dans le calcul de son revenu d'invalidé. Fort de ces éléments, l'assuré a conclu dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant à un degré d'invalidité de 50% au moins.

Dans son avis du 11 avril 2016, le Dr S._____ a estimé que l'assuré n'apportait aucun élément permettant de s'écarter des conclusions médicales posées par le Dr B._____. Il a relevé que le Dr M._____ avait lui-même admis la reprise du travail à 100% dès le 1^{er} mars 2016. Selon le Dr S._____, il n'existait donc aucun argument médical dûment documenté permettant d'attester une incapacité de travail de 50% au moins, comme le revendiquait l'assuré. Le médecin du SMR a également contesté le raisonnement de l'assuré, selon lequel les éléments non-organiques observés par le Dr B._____ correspondraient à un trouble somatoforme douloureux.

Par décision du 13 avril 2016, l'OAI a confirmé son projet du 9 février 2016, dans le sens d'un refus de rente. Dans un courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'office a indiqué que les éléments apportés par l'assuré durant la procédure d'audition ne permettaient pas de retenir une limitation de l'exigibilité dans une activité professionnelle adaptée biomécaniquement, telle que son activité actuelle. L'OAI a également expliqué que l'assuré ayant repris une activité adaptée après la survenance de son atteinte à la santé, il n'y avait pas lieu de déterminer le revenu d'invalidé au moyen des salaires statistiques, mais

plutôt compte tenu du salaire effectivement réalisé, étant rappelé que l'exigibilité était entière. Seuls les revenus statistiques pouvant faire l'objet d'un abattement pour tenir compte de certaines circonstances susceptibles de limiter les perspectives salariales, il n'y avait pas lieu de procéder à une telle réduction.

C. Par acte du 18 mai 2016, T._____, dorénavant représenté par Me Karim Hichri, toujours pour le compte d'Inclusion Handicap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi de trois-quarts dès le 1^{er} août 2014, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il fait en substance grief à l'OAI d'avoir violé son obligation d'instruire, au motif que, compte tenu des éléments au dossier, il ne pouvait se dispenser de solliciter l'avis d'un psychiatre. De même, compte tenu de l'appréciation du Dr X._____, qui envisageait la possibilité d'une origine neurologique des douleurs, le recourant estime que l'OAI aurait dû interpeller un neurologue. Le recourant reproche encore au Dr B._____ d'avoir failli à son obligation de motiver son appréciation, en n'explicitant pas, par des exemples de cas ou des références de doctrine, en quoi les atteintes lombaires n'empêchaient pas, selon lui, l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. Le recourant soutient enfin que certaines tâches inhérentes à son activité pour le compte de F._____, comme l'établissement de métrés, sont incompatibles avec son état de santé, qu'en y travaillant à 50%, il met pleinement à profit sa capacité de travail résiduelle, de sorte qu'il convient d'admettre qu'il a entrepris tout ce qu'on pouvait raisonnablement exiger de lui. Au titre des mesures d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Dans sa réponse du 31 août 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Se fondant sur un avis du SMR du 2 août 2016 et une communication du 15 août 2016 du spécialiste en réinsertion professionnelle en charge du dossier, l'intimé fait valoir qu'une activité de bureau, telle que celle exercée pour le compte de

F._____, respecte les limitations fonctionnelles du recourant et est exigible à plein temps. L'OAI se défend d'une instruction lacunaire, relevant que le SMR a confirmé, dans son avis du 2 août 2016, que la capacité de travail du recourant était de 100% dans une profession biomécaniquement adaptée. Sur le plan économique, l'intimé a arrêté le revenu sans invalidité à 90'609 fr. 93, sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS), estimant que le dernier salaire effectif ne pouvait être pris en considération, l'assuré ayant été licencié avant la survenance de son atteinte à la santé. L'intimé a en outre fixé le revenu d'invalidité à 88'804 fr. 70, à la suite de la correction d'une erreur de calcul, mais a maintenu les termes de sa note du 13 mai 2015 pour le surplus. La comparaison de ces revenus aboutissant à un degré d'invalidité inférieur à 40%, l'OAI a confirmé le refus de rente.

Par réplique du 26 septembre 2016, le recourant a réitéré les arguments soulevés dans son acte de recours. Il a également fait valoir que son revenu sans invalidité devait être fixé sur la base du salaire perçu auprès d'E._____ et non en référence à l'ESS.

Le 3 novembre 2016, le recourant a transmis à la Cour deux certificats du Dr M._____ des 7 et 18 octobre 2016, attestant respectivement une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} octobre 2016, suivie d'une reprise de travail à 100% le 1^{er} novembre 2016, et une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} novembre 2016, avec une reprise de travail à 100% dès le 1^{er} décembre 2016.

D. Par mesure d'instruction complémentaire du 14 juin 2017, la juge instructeur a adressé un questionnaire à V._____, psychologue du Service de psychiatrie de liaison du L._____.

Le 8 août 2017, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Service de psychiatrie de liaison du L._____, a répondu à la requête précitée. Son courrier a été transmis aux parties pour information.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 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). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 (art. 6 LPGA in fine).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI). S'il veut préserver tous ses droits, l'assuré doit ainsi déposer une demande à l'AI au tard six mois après la survenance de son incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Schulthess 2011, p. 538 n° 2190).

b) Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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 autres 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. 3c ; cf. TF 9C_444/2014 du 17 novembre 2014 consid. 3.1, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1).

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles et procède librement à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut 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 de l'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 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-

invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références ; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_500/2011 précité loc. cit., 9C_28/2011 précité loc. cit. et 9C_745/2010 précité loc. cit.).

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 (cf. TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

S'agissant enfin des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014

précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 126 V 353 consid. 5b et réf. cit. ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2).

4. En l'espèce, sur le plan médical, l'intimé a retenu que le recourant a présenté une incapacité de travail totale dès le 6 mars 2013 et qu'à l'issue d'un traitement de rééducation intensive multidisciplinaire effectué au L. _____ à l'automne 2013, il a recouvré une pleine capacité de travail dès le 30 novembre 2013, tant dans son activité actuelle auprès de la société F. _____, que dans son activité habituelle de directeur, conducteur de travaux et chef de chantier, exercée pour le compte de la société E. _____. De l'avis de l'intimé, ces deux activités sont en effet adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré. L'OAI retient ainsi que, six mois après le dépôt de sa demande du 3 février 2014 (cf. art. 29 al. 1 LAI), le recourant ne présentait pas d'invalidité et n'avait donc pas droit à une rente.

De son côté, le recourant conteste que son activité habituelle soit adaptée et exigible. Il soutient également que son état de santé ne lui permet pas d'exercer l'activité qu'il occupe actuellement à un taux excédant 50%, dans la mesure où certaines de ses tâches ne sont pas adaptées à ses limitations fonctionnelles et qu'il est confronté à des douleurs. Il estime en outre souffrir d'atteintes psychiques et neurologiques, insuffisamment investiguées par l'OAI.

5. S'agissant tout d'abord de l'activité habituelle, il sied de retenir que l'état de santé du recourant ne lui permet plus d'exercer l'activité de directeur, conducteur de travaux et chef de chantier. Qu'il s'agisse des médecins traitants ou des médecins du SMR, tous les praticiens intervenus dans le dossier ont convergé vers le constat que dite activité n'était plus exigible.

a) Dans un rapport du 18 février 2014, le Dr M._____ a en effet attesté une totale incapacité de travail depuis le 6 mars 2013, précisant que les limitations fonctionnelles liées aux lombalgies induisaient notamment des difficultés de déplacement ainsi qu'une impossibilité de porter des charges et de monter et descendre des échelles, rendant l'activité habituelle non-exigible. Le médecin traitant a confirmé son appréciation les 7 mai 2014, 5 septembre 2014 et 2 février 2015, ajoutant que les douleurs lombaires et de lombosciatalgie empêchaient en outre l'assuré de rester uniquement debout pendant une longue période, de se déplacer sur des terrains escarpés et accidentés, tels que les chantiers, et nécessitaient l'alternance des positions. Le Dr M._____ a insisté sur le fait qu'il était à son sens parfaitement illusoire de penser que son patient était capable d'escalader les échafaudages sur les chantiers, de marcher sur un sol irrégulier, ou de descendre dans une excavation. Le médecin mettait également en garde sur l'effet sédatif de la médication de l'assuré (Zaldiar et Tramadol), qu'il jugeait incompatible avec les distances (plus de 100 km) que l'assuré devait parcourir chaque jour au volant de son véhicule pour rallier les différents chantiers dont il avait la surveillance. Cette appréciation est partagée par le Dr G._____, lequel a également attesté une totale incapacité de travail depuis mars 2013, l'activité habituelle n'étant selon lui plus adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles constatées (cf. rapports des 25 avril et 24 novembre 2014).

De leur côté, les médecins du SMR ont également unanimement admis l'absence de toute exigibilité dans l'activité habituelle. Certes, le Dr H._____ s'est apparemment mépris sur le type d'activité concernée, faisant référence à celle de maçon et d'ouvrier de

chantier. Ceci reste cependant sans incidence, dans la mesure où, une fois cette erreur décelée, les Drs B._____, S._____ et J._____ ont conclu dans le sens d'une incapacité totale de travail dans l'activité de directeur, conducteur de travaux et chef de chantier. Dans son rapport du 10 mars 2015, le Dr B._____ a en effet estimé qu'il était concevable que l'activité habituelle ne soit plus exigible en raison des longs trajets en voiture, des positions debout prolongées, de l'accès difficile à certains chantiers impliquant de franchir des échelles et des échafaudages. Le Dr B._____ s'est en cela rallié à l'avis exprimé le 18 février 2014 par le Dr M._____, dont il n'y avait selon lui pas lieu de s'écarter. A l'instar du médecin traitant, le Dr B._____ a conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de directeur, conducteur de travaux et chef de chantier, depuis le 6 mars 2013. Dans leur avis du 17 mars 2015, les Drs S._____ et J._____ ont admis que les conclusions du Dr B._____ étaient correctement fondées et méritaient d'être suivies.

b) L'OAI s'est toutefois distancé des avis médicaux, et notamment de ceux des médecins du SMR, au motif que, selon ses spécialistes en réadaptation, l'activité habituelle était adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr B._____, précisant qu'il incombe au médecin de fixer l'exigibilité médicale (capacité de travail résiduelle, limitations fonctionnelles, etc...), mais qu'il ne lui revient pas de se prononcer sur une activité concrète, dite compétence appartenant aux spécialistes en réadaptation.

Certes, la répartition des rôles entre médecin et spécialiste en réadaptation dans l'évaluation d'un droit aux prestations d'invalidité retient qu'il revient plutôt à ce dernier d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération, sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré (cf. consid. 3b supra). En l'occurrence cependant, les conclusions des spécialistes en réadaptation ne sont pas convaincantes. Ils ont en effet perdu de vue qu'outre les restrictions en matière de distance de marche, de port de charges, des mouvements du tronc et des positions en porte-à-faux, le Dr B._____, suivi par les Drs S._____ et J._____, a

spécifié que le recourant n'était pas en mesure de tenir des positions debout prolongées, de franchir des échelles et des échafaudages, ni d'effectuer des longs trajets en voiture, en raison des effets secondaires sédatifs de sa médication. Il a précisé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'avis du Dr M._____, lequel avait également mis en exergue une incapacité de se déplacer sur des terrains escarpés et accidentés, tels que les chantiers, et de descendre dans des excavations. Ces restrictions, de première importance lorsqu'il s'agit d'examiner la capacité de travail d'un conducteur de travaux, lequel doit sans aucun doute régulièrement se déplacer au volant d'une voiture, évoluer sur des terrains accidentés et se déplacer sur des échafaudages lors de la supervision des chantiers dont il a la charge, n'ont pas été discutées par le service de réadaptation. Les spécialistes n'ont pas exposé en quoi ces limitations n'empêcheraient pas le recourant de poursuivre son activité habituelle. Leur avis n'est ainsi pas suffisamment motivé, de sorte qu'il sied de s'en tenir aux conclusions médicales présentes au dossier, et notamment celles des Drs J._____, S._____ et J._____ du SMR, lesquels retiennent de manière à emporter la conviction de la Cour que les restrictions affectant le recourant induisent une totale incapacité de travail dans son activité habituelle. On notera également que, dans son avis du 2 février 2016, le Dr S._____ n'a pas remis en question son appréciation précédente, à savoir que les conclusions du Dr B._____ étaient convaincantes et que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle. Si, dans son avis du 2 août 2016, le Dr S._____ a relativisé les limitations au niveau de la conduite automobile, il a néanmoins maintenu son avis selon lequel il « n'était pas justifié d'affirmer que l'activité habituelle de l'assurée (c'est-à-dire celle qu'il exerçait chez E._____) [était] adaptée ».

c) En définitive, il sied de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurances sociales que le recourant présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle.

6. a) S'agissant de la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, l'intimé s'est fondé principalement

sur les conclusions de l'examen rhumatologique pratiqué le 9 mars 2015 par le Dr B._____. Dans son rapport du 10 mars 2015, le Dr B._____ a retenu le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non déficitaires avec pseudoradiculalgies droites dans le cadre d'une arthrose étagée des articulations postérieures et d'une protrusion discale L4-L5 (M54). Il a exclu de manière circonstanciée le diagnostic de radiculalgies retenu par les Drs Q._____ et M._____, expliquant, d'une part, que le syndrome lomboveertébral sans signe irritatif ou déficit neurologique associé évoqué par le Dr Q._____ n'était pas compatible avec un diagnostic de radiculalgies et, d'autre part, que même si le Dr M._____ avait formellement posé le diagnostic incapacitant de lomboradiculalgies, il n'avait fait état que de lombalgies chroniques dans sa description clinique. A cet égard, le Dr B._____ a précisé qu'une arthrose des articulations postérieures pouvait provoquer une irradiation des douleurs à la partie postérieure des membres inférieurs ; il s'agissait dans ce cas d'une pseudoradiculalgie, et non d'une radiculalgie à proprement parler, qui implique une irritation de la racine. Au titre des limitations fonctionnelles, le médecin a mentionné la marche au-delà de 2 km, le port de charges au-delà de 20 kg, la position debout statique au-delà de trente minutes, la position assise au-delà d'une heure, les mouvements répétitifs de rotation/flexion-extension du rachis lombaire et la position en porte-à-faux lombaire.

Au cours de son examen clinique, le Dr B._____ a constaté que la marche s'effectuait sans boiterie. La marche sur les talons et la pointe des pieds était réussie, l'assuré annonçant une douleur supportable au dos et à la partie postérieure de la cuisse droite lors de la marche sur la pointe de pieds. Les changements de position s'effectuaient rapidement. La position assise avait été maintenue pendant toute l'heure de l'entretien. La mobilité lombaire connaissait certes une limitation principalement en extension, mais il n'y avait pas de signe déficitaire. Les articulations périphériques ne présentaient pas de signe inflammatoire, leur mobilité était indolore et les amplitudes articulaires conservées. Procédant à l'étude des IRM effectués en mars 2013 et juin 2014, le Dr B._____ a constaté qu'aucune évolution significative n'était intervenue

durant ce laps de temps, conclusion à laquelle était également parvenue la radiologue Z. _____ dans son rapport de juin 2014. L'atteinte dégénérative objectivée lors de ces deux examens était finalement de peu de gravité. L'arthrose des articulations postérieures était légère et modérée. Les bombements discaux et la protrusion en L5-S1 constatés sur ces imageries ne provoquaient pas de conflit radiculaire. Les clichés n'avaient pas non plus révélé de hernie discale ni de signe inflammatoire. Selon le Dr B. _____, une telle atteinte dégénérative était fréquente chez une personne âgée de 56 ans. S'il admettait qu'il existait des limitations concernant de fortes contraintes mécaniques exercées au niveau lombaire, le médecin estimait que l'atteinte dégénérative telle qu'objectivée sur les IRM n'expliquaient que partiellement les limitations annoncées par l'assuré concernant la distance de marche (700 m.), le port de charge (10kg), de même que l'importance des douleurs alléguées par l'assuré. La présence de signes et de symptômes de non organicité selon Waddel (de 3/5) évoquait une composante non organique aux plaintes de l'assuré. S'il a adhéré à l'avis du médecin traitant, dans le sens d'une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle, le Dr B. _____ a estimé que l'assuré avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès la fin de son traitement de rééducation intensive multidisciplinaire au L. _____, soit depuis le 30 novembre 2013. Le peu de gravité de l'atteinte lombaire dégénérative avec absence de signe inflammatoire et de hernie discale permettait de maintenir une capacité de travail totale dans une activité adaptée. En particulier, la chronicité des douleurs lombaires avec des signes et symptômes de non organicité ne justifiaient pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée.

A ce stade, force est de constater que le rapport du 10 mars 2015 du Dr B. _____ est probant. Le médecin, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a pris connaissance des rapports médicaux établis par ses confrères et du dossier radiologique de l'assuré, avant de procéder à un examen clinique. Il a étudié de manière circonstanciée les points litigieux, en pleine connaissance de l'anamnèse et en prenant en compte les plaintes de l'assuré. En outre son appréciation de la situation

médicale est claire et ses conclusions sont bien motivées. Il a notamment expliqué en quoi il ne pouvait adhérer au diagnostic de radiculalgies posé par les Drs Q._____ et M._____. Au vu de ces différents éléments, il sied de retenir que le rapport du 10 mars 2015 du Dr B._____ remplit les exigences jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3b supra). C'est en vain que le recourant fait grief au Dr B._____ d'avoir failli à son devoir de motivation, en n'expliquant pas, par des exemples de cas ou de références de doctrine, en quoi les atteintes lombaires n'empêchaient pas l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. Le médecin a défini de manière probante les atteintes affectant l'assuré et leurs incidences sur la capacité de travail. Il ne lui appartient pas d'apporter la preuve contraire de ses constatations. Il incombe plutôt au recourant, s'il entend contester les conclusions du médecin, d'apporter des éléments médicaux concrets et objectifs, qui auraient été ignorés par l'examineur, ce que l'assuré n'a pas fait en l'espèce.

b) Les autres rapports médicaux au dossier ne sont pas de nature à remettre sérieusement en question les conclusions du Dr B._____.

On constatera tout d'abord que le Dr M._____ a régulièrement modifié son appréciation de la capacité de travail de son patient, sans fournir d'explications sur les éléments médicaux objectifs l'ayant conduit à revenir sur ses conclusions. Ainsi, le 18 février 2014, le Dr M._____ a indiqué que son patient pourrait travailler à plein temps dans une activité qu'il maîtrise et dans laquelle il n'a pas besoin de se déplacer ou de porter des charges. De même, dans son rapport du 5 septembre 2014, il n'a contesté l'appréciation de l'OAI que s'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, ne faisant état d'aucune restriction dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Puis, le 18 février 2015, le médecin traitant a indiqué que son patient avait trouvé un travail de bureau à 50%, non sollicitant pour la colonne lombaire douloureuse, avec la possibilité de travailler deux jours par semaine à son domicile. Le 16 juin 2015, il a précisé que cette activité de métreur était

adaptée à l'état de santé de son patient, qualifiant même l'activité d' « idéale », compte tenu des possibilités de travailler à la maison. Malgré ce tableau positif, le Dr M._____ a affirmé que l'activité exercée à 50% pour le compte de F._____ représentait le maximum exigible de son patient, l'assuré restant tributaire de la prise régulière d'antalgiques.

C'est le lieu de relever qu'aucun élément au dossier ne permet de suivre le recourant lorsqu'il affirme que son activité pour F._____ n'est pas pleinement adaptée. Le recourant est chargé de l'établissement de métrages, d'offres et de décomptes, ainsi que de la facturation. Selon les informations fournies par le Dr M._____, ainsi que les explications données par le recourant au Dr B._____, il s'agit d'une activité de bureau, non contraignante pour la région lombar. Les métrés, effectués dans le cadre de soumissions d'immeubles à construire, s'effectuent au bureau à [...] (cf. anamnèse professionnelle du rapport du 10 mars 2015 du Dr B._____, p. 3); on ne voit donc pas en quoi ils impliqueraient des déplacements insupportables ni des gestes contre-indiqués, comme le soutient l'assuré. La même conclusion s'impose s'agissant de l'établissement d'offres, de décomptes et de la facturation, tâches par définition sédentaires, n'impliquant pas le port de charge et permettant l'alternance des positions, notamment. Il n'est donc pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'activité actuelle de l'assuré implique des tâches non-adaptées à son état de santé. Dite activité est donc pleinement adaptée.

Comme l'observe à juste titre le Dr B._____, le médecin traitant n'explique pas pour quelle raison, en février 2015, dans un rapport adressé à son patient, il est revenu sur son appréciation en faveur d'une capacité de travail entière, alors qu'il n'a relevé ni objectivé aucune péjoration de la situation de son patient, la stabilité constatée entre les IRM de 2013 et 2014 plaidant au contraire dans le sens d'une absence d'aggravation objectivable. Le Dr M._____ ne motive en particulier pas en quoi une activité qu'il qualifie d'adaptée et d'idéale ne saurait être exercée à plus de 50%. Le seul fait que l'assuré ressente des douleurs et prenne un traitement antalgique ne suffit pas à justifier la réduction de la

capacité de travail de 50% dans une activité qui respecte les limitations fonctionnelles.

On relèvera encore que depuis novembre 2015, le Dr M._____ a régulièrement attesté une reprise du travail à 100% dès le mois suivant, pour ensuite revenir sur son évaluation, et prolonger l'incapacité de travail à 50% (cf. certificats des 26 novembre 2015, 18 décembre 2015, 1^{er} février 2016, puis, bien que postérieurs à la décision litigieuse, certificats des 7 et 18 octobre 2016). Il n'a toutefois pas expliqué les fondements de ses revirements, ne mentionnant en particulier aucune circonstance nouvelle nécessitant de revenir sur ses pronostics de reprise de travail à 100%, étant rappelé que les examens médicaux entrepris n'ont pas démontré d'évolution notable dans le sens d'une péjoration. En définitive, l'appréciation du Dr M._____ ne constitue qu'une appréciation différente d'une même situation médicale qui ne saurait s'imposer, faute d'éléments médicaux ignorés du médecin examinateur. Le médecin traitant le dit lui-même lorsqu'il affirme que son appréciation de l'état de santé de l'assuré est proche de celle du Dr B._____, mais qu'il se distancie de l'avis du médecin du SMR sur la question de la capacité de travail (cf. rapport du 16 juin 2015). L'avis du Dr M._____ est en définitive insuffisamment motivé et entaché de contradictions, de sorte qu'il ne suffit pas à remettre en cause les conclusions du Dr B._____.

De son côté, le 28 novembre 2013, le Dr G._____ a observé plusieurs améliorations à l'issue du traitement de rééducation intensive multidisciplinaire ambulatoire suivi au L._____ du 11 au 29 novembre 2013 (distance doigts-sol, inclinaisons latérales droite/gauche, distance talon/fesse). Le médecin a constaté que la musculature avait été reconditionnée, avec une diminution des tensions et des douleurs, ainsi qu'une augmentation de la force. Le 8 janvier 2014, il a fait procéder à une radiographie de la hanche qui a permis d'exclure tout problème coxo-fémoral sous-jacent. A l'instar du Dr B._____, la Cour de céans constate qu'à aucun moment, le Dr G._____ n'explique pour quelle raison une

activité adaptée, à savoir une activité peu contraignante au niveau lombaire, ne peut pas être exercée à plus de 50%.

Quant aux autres médecins consultés par le recourant, en particulier le Dr X._____, ils ne se sont pas prononcé sur la question de la capacité de travail.

c) A l'appui de sa contestation, le recourant fait valoir que l'évocation par le Dr B._____ de signes et symptômes de non organicité selon Waddel laisse présumer une atteinte au plan psychique. Ce point de vue ne saurait toutefois être partagé.

Certes, plusieurs médecins ont fait état de troubles d'ordre psychique. Le 18 février 2014, le Dr M._____ a posé le diagnostic d'état dépressif réactionnel aux problèmes lombaires, précisant que l'assuré vivait très mal la perte de son activité professionnelle et l'inactivité qui en découle. Par contre, de manière contradictoire, il n'a fait valoir aucune limitation d'ordre psychique, indiquant que son patient pourrait travailler à plein temps dans une activité n'impliquant pas de se déplacer ou de porter des charges. Dr M._____ précisait au demeurant que la capacité de concentration et de compréhension de l'assuré n'était pas limitée, et que la capacité d'adaptation et de résistance étaient certes limitées, mais en raison des lombosciatalgies. On relèvera également que dans ses rapports ultérieurs, le Dr M._____ n'a plus mentionné d'atteintes au plan psychique. Les Drs G._____, Q._____ et X._____ retiennent un déconditionnement physique et psychique. Le Dr Q._____ a également fait état d'un probable syndrome dépressif. Le Dr X._____ a quant à lui invoqué un état anxieux. Aucun de ces médecins n'a toutefois instauré de traitement antidépresseur ou anxiolytique.

Les atteintes à la santé psychique peuvent certes, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Avant tout cependant, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur

les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4). En l'occurrence, aucun des médecins précités n'est au bénéfice d'une spécialisation en psychiatrie. Ils n'exposent au demeurant pas les raisons qui les ont conduit à retenir les diagnostics évoqués, et notamment pas le type et le nombre de symptômes présentés par le patient, indispensables pour qualifier la gravité d'un épisode dépressif selon les critères retenus par la Classification internationale des maladies de l'OMS (ci-après : CIM-10). Ils ne décrivent pas davantage les implications concrètes en termes de limitations fonctionnelles ou de capacité de travail. En outre, le déconditionnement psychique ne correspond pas à un diagnostic ressortant d'un système de classification reconnue. Ainsi, les conclusions des différents médecins traitants au plan psychique ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante et ne suffisent pas à établir une diminution de la capacité de travail.

Dès lors qu'il ressort du dossier que l'assuré a bénéficié d'un suivi au niveau psychique au Service de psychiatrie de liaison du L._____, initié lors de son traitement de rééducation intensive multidisciplinaire, la Cour de céans a instruit auprès de la psychologue en charge du suivi de l'assuré. Le 8 août 2017, le Dr D._____ a fait savoir que dite psychologue ne travaillait plus au L._____. Sur la base du dossier, que le psychiatre a qualifié de maigre, il a indiqué que la psychologue avait suivi l'assuré de novembre 2013 à décembre 2014. Selon le rapport d'évaluation initial, la psychologue avait retenu le diagnostic de trouble anxieux dépressif mixte. Toujours selon ce rapport initial, aucune incapacité de travail ni aucune médication n'a été prescrite. Le Dr D._____ a précisé qu'il n'avait pas trouvé trace au dossier d'une réévaluation du diagnostic ni de l'introduction ultérieure d'une médication, mais qu'il ne pouvait pas exclure que cela ait été le cas. Ces éléments ne permettent pas d'établir l'existence d'une atteinte à la santé psychique invalidante. Le recourant n'a pour sa part fourni aucun rapport médical permettant d'aboutir à une conclusion contraire. On relèvera encore que le suivi, assuré par une psychologue, a pris fin en décembre 2014 et, selon les éléments ressortant du rapport établi par le C._____ en fin de

mesure, il avait lieu à faible fréquence, l'assuré se disant déçu de ce que cela lui apportait.

d) Enfin, aucun indice sérieux allant dans le sens d'atteintes incapacitantes sur d'autres plans ne figure au dossier. En particulier, le fait que le Dr X. _____ a indiqué dans son rapport du 28 février 2014 que les douleurs avaient un caractère mixte, nociceptives et neuropathiques, ne suffit pas à retenir une atteinte invalidante au plan neurologique, ni à conduire à des mesures d'instruction complémentaire à ce niveau. On remarquera d'ailleurs que le Dr X. _____ a évoqué ce point sous l'angle des propositions thérapeutiques, pour expliquer l'introduction d'un médicament efficace au plan neurologique. Il n'a toutefois pas ordonné d'investigations spécifiques par un neurologue.

e) En définitive, il découle des constatations qui précèdent qu'il n'y a pas lieu de douter du caractère bien fondé des conclusions du Dr B. _____. L'état de santé du recourant et ses incidences sur sa capacité de travail ont été établis à satisfaction. Une évaluation médicale complète ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il y aurait eu lieu de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'évaluation et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue attaqué ou établir le caractère incomplet de celui-ci, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (arrêt 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2).

C'est ainsi à juste titre que l'intimé a estimé que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et que son activité auprès de F. _____ est adaptée.

7. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir

en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

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

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'activité effectivement exercée par l'assurée dans une activité adaptée raisonnablement exigible, la jurisprudence admet de se reporter à l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 2.3, 129 V 472 consid. 4.2 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016, 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). Le Tribunal fédéral a précisé à cet égard que sont déterminantes les statistiques du tableau TA1, secteur privé, salaires bruts standardisés (ATF 124 V 231 consid. 3b/aa ; TF 9C_719/2015 op. cit. consid. 5.1). Selon la jurisprudence, le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation). Par contre, lorsque le salaire d'invalidé se détermine sur la base d'un salaire

effectif, une déduction supplémentaire sous forme d'abattement ne se justifie pas (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1)

Le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année de l'ouverture du droit éventuel à la rente, soit en l'occurrence 2014, compte tenu du dépôt tardif de la demande, le 2 février 2014 (cf. art. 29 al. 1 LAI).

b) Dans le cas d'espèce, dans la décision entreprise, l'intimé n'a pas procédé à une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA. Retenant que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dès le 30 novembre 2013 tant dans son activité habituelle que dans son activité actuelle, l'OAI en a conclu qu'il ne présentait pas d'invalidité. Cette solution ne saurait être retenue, dès lors qu'il a été établi que l'activité habituelle n'était plus exigible (cf. consid. 5 supra). Il est donc nécessaire procéder à une comparaison des revenus.

Dans sa réponse du 31 août 2016, l'office a transmis une communication du 15 août 2016 de son Service de réadaptation, qui arrête le revenu sans invalidité à 90'603 fr. 93 sur la base de l'ESS, au motif que le recourant avait subi une période de chômage entre la perte de son dernier emploi et la survenance de son atteinte à la santé. Toujours selon le Service de réadaptation, le revenu d'invalidé s'élevait à 88'804 fr. 70, soit le salaire réalisé par l'assuré dans son activité à 50% pour F._____, rapporté à 100% (36 fr. 95 x 42,5 x 4,35).

De son côté, le recourant conteste la prise en compte de l'ESS pour le calcul du revenu sans invalidité, estimant qu'il convenait plutôt de recourir au dernier salaire perçu auprès d'E._____, soit 8'550 francs. Au titre du revenu d'invalidé, il demande la prise en compte du revenu effectivement versé par F._____, pour son activité à 50%, soit 3'141 francs. Cette dernière conclusion doit d'emblée est rejetée, dès lors qu'il a été établi ci-dessus que l'activité actuelle de l'assuré est exigible à plein temps.

c) La question de savoir s'il convient de fixer le revenu sans invalidité sur la base du salaire que l'assuré aurait probablement réalisé, en 2014, s'il n'avait pas perdu son emploi (cf. CIIAI [Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité de l'Office fédéral des assurances sociales] n° 3024 p. 50) ou sur la base de l'ESS (cf. Michel Valterio, op. cit, n° 2085 ss p. 554) peut rester ouverte. En effet, dans la première hypothèse, en admettant que l'assuré avait droit à un 13^{ème} salaire (cf. note interne au dossier du l'AI du 20 août 2014, et compte individuel AVS), le salaire sans invalidité serait de 111'150 fr. en 2011, soit 113'726 fr. après adaptation selon l'évolution des salaires nominaux (+ 0,8% en 2012, + 0,7% en 2013, + 0,8% en 2014). Dans la seconde hypothèse, le revenu sans invalidité s'élèverait 90'609 fr. (ESS 2014, TA1, niveau de qualification 3 pour les hommes, compte tenu d'un horaire hebdomadaire de 41,7 heures selon la Statistique de la durée normale de travail dans les entreprises de l'OFAS [7'243 fr. x 12 x (41,7 : 40)]). Après comparaison de ces deux revenus avec le revenu d'invalidé de 88'804 fr. 70 retenu à juste titre par l'intimé, on obtient respectivement un taux d'invalidité de 2 % ou de 22%, tous deux insuffisants pour permettre l'ouverture du droit à une rente d'invalidité.

8. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6d/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (ATF 130 II 425 consid. 2.1)

En l'occurrence, les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Les mesures d'instruction complémentaires requises par le recourant (tendant à la mise

en œuvre d'une expertise judiciaire) apparaissent ainsi superflues et peuvent être rejetées.

9. a) En définitive, il apparaît que la décision entreprise ne prête pas le flanc à la critique tant en ce qui concerne l'évaluation médicale que s'agissant du calcul du préjudice économique subi. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice. 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 fr. et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 13 avril 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Hichri (pour le recourant),
- 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).

La greffière :